PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY I ODPOWIEDZIALNY:

PROF. DR. STANISŁAW DOMAŃSKI.

Rok XXXII. — 1893.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.
1893.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXXII. „Przeglądu Lekarskiego".

(*Liczby oznaczają strony.*)

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Spis alfabetyczny rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

V. Spis rzeczy zawartych w dziale p. t.: Notatki terapeutyczne i Przegląd terapeutyczny.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

1) Towarzystwo lekarskie krakowskie.

2) Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

3) Komisya przemysłowo-lek. Tow. lek. krak.

VII. Nekrologia.

VIII.

Spis autorów [1].

[1]) Nazwiska autorów prac oryginalnych zaznaczone są rozstrzelonym drukiem.

Rok XXXII. Kraków, 7. Stycznia 1893. Nr. 1.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

Obejmując z numerem niniejszym redakcyę *Przeglądu Lekarskiego* uważam sobie za obowiązek uwiadomić Szanownych Czytelników, w jakim kierunku działać zamyślam.

Zdaniem mojem *Przegląd Lekarski* powinien być pismem naukowem, uwzględniającem głównie potrzeby lekarzy praktycznych jako stanowiących największe koło jego czytelników, t. j. powinien iść ciągle za postępem nauki w szczególnem jej zastósowaniu praktycznem.

Dlatego zadaniem mojem będzie, by w *Przeglądzie Lekarskim* mieściły się następujące działy:

1) Artykuły oryginalne;
2) Zdania sprawy z obecnego stanu ważnych kwestyj naukowych;
3) Wyciągi z pism lekarskich;
4) Wiadomości praktyczne o postępach terapii;
5) Zdania sprawy z czynności korporacyj lekarskich;
6) Kronika różnych spraw interesujących świat lekarski;
7) Korespondencya redakcyi.

Spełniając życzenie Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego tudzież wielu Kolegów szczególną zwrócę uwagę na medycynę publiczną a mianowicie tak bardzo u nas zaniedbaną higienę i starać się będę w tym dziale tak o artykuły oryginalne jak i treściwe wyciągi z najlepszych pism szczegółowo téj gałęzi nauki lekarskiéj poświęconych.

Czując niedostateczność własnych swych sił liczę na życzliwą pomoc Szanownych Kolegów i przyjmę chętnie każdą przychylną uwagę, radę lub wskazówkę.

Domański.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Błękit metylenu (Mercka) przeciw zimnicy. [1])

Podali

prof. Dr. Stan. Pareński i Dr. Stef. Blatteis.

Podczas doświadczeń robionych przez nas we wrześniu 1891 r. w szpitalu na chorych z błękitem metylenu, aby nim przez podskórne wstrzykiwania zabarwiać pasorzyty zimnicze (*plasmodium malariae*) we krwi, zwróciło naszą uwagę, że napady zimnicze rychło ustawały a plasmodia we krwi znikały. Prób barwienia tą drogą zaniechaliśmy z powodu, że do żadnego dodatniego wypadku nie doprowadziły i nie zużytkowaliśmy ich wtedy co się tyczy ich leczniczéj doniosłości; dopiero po ogłoszeniu pomyślnych rezultatów używania błękitu metylenowego przez Ehrlicha i Guttmanna (*Berl. klin. Wschrft.* 1891) rozpoczęliśmy nim ponownie doświadczenia.

Po Ehrlichu i Guttmannie mnożą się próby leczenia

[1]) Praca niniejsza doręczona redakcyi dnia 28. Grudnia r. z. ukazuje się także w styczniowym zeszycie *Ther. Monatshefte.*

zimnicy błękitem metylenu a różni autorowie różne ogłaszają wypadki. Sławionéj bardzo skuteczności błękitu metylenowego opartéj na bardzo szczupłéj, bo tylko dwa przypadki wynoszącéj kazuistyce, sprzeciwiają się pesymistyczne twierdzenia Myi i innych, którzy błękit metylenu zarzucają i przypisują mu tylko przejściowe i to bardzo nieznaczne działanie.

Nasze siedmiomiesięczne badania, obejmujące 35 przypadków, pozwalają nam twierdzenia Guttmanna i Ehrlicha w zupełności potwierdzić i całkiem stanowczo orzec, że b ł ę k i t m e t y l e n u n a p a s o r z y t z i m n i c z y r z e c z y w i ś c i e w p ł y w a i że nietylko, jak Mya i inni twierdzą, napady zimnicze ustają chwilowo a pasorzyty nie giną, lecz że one pod wpływem błękitu metylenu po krótszym lub dłuższym czasie we krwi znikają.

Do swych badań wybieraliśmy tylko cięższe przypadki z napadami silnego dreszczu, ze śledzioną wyraźnie wymacać się dającą i po stwierdzeniu obecności plasmodiów.

Błękitu metylenu używaliśmy tak podskórnie jak i wewnętrznie. Wstrzykiwania rozczynu 1%, późniéj 5%, robiono dwa razy dziennie po jednéj jednogramowéj strzykawce; początkowo 0·02, późniéj 0·10 na dzień. Wewnętrznie zadawaliśmy błękit metylenu albo w torebkach klejowych albo w opłatkach po 0·40 do 0·50, po dwa do trzech razy dziennie. Używaliśmy go krystalicznego, nie zanieczyszczonego chlorkiem cynku, ołowiem lub arsenem, wyrobu Mercka.

Dla kontroli robiliśmy doświadczenia z dwoma innemi gatunkami błękitu metylenowego; pokazało się jednak, że preparat nie przez Mercka wyrabiany wywoływał różne nieprzyjemne zboczenia i że bez obawy można używać jedynie błękitu nie zawierającego chlorku cynku i arsenu, a takim jest wyłącznie przetwór Mercka. Odtąd jedynie tylko o merckowskim preparacie będzie mowa.

Oprócz 35 zimniczych używaliśmy tego środka u 20 innych tak chorych jak i zdrowych osób.

Użyty wewnętrznie w mniejszych dawkach, 0·1 do 0·2, nie sprawia błękit metylenu żadnych zboczeń. Wymioty po użyciu pierwszego proszka rzadko się wydarzają. W takich przypadkach znoszą chorzy drugi proszek bardzo dobrze. Nudności nigdy nie spostrzegano. Innych zboczeń jak bólu głowy, braku apetytu, dolegliwości co do stolca również nie dostrzegano. Stolec zabarwia się na niebiesko, mocz na niebiesko a nawet zielonkowato-niebiesko, po pewnym czasie zmienia się barwa moczu na zielonawo-żółtą a po jednym lub dwóch dniach zabarwienie to znika. Mocz tak zielono zabarwiony podlega bardzo powoli i późno kiśnieniu alkalicznemu tak, że tygodniami daje się w cieple trzymać nie ulegając rozkładowi. Dolegliwości w oddawaniu moczu należą do bardzo rzadkich a w takich przypadkach powstają po kilku takich dawkach i to w lekkim tylko stopniu.

Większe dawki, 0·40 do 0·60, sprowadzały często zaraz po pierwszym proszku wymioty, które po użyciu drugiego proszka już rzadziej a po trzecim proszku już więcéj się nie pojawiają. Jednem słowem pacyenci przyzwyczajają się bardzo łatwo do błękitu metylenu. — Na 55 przypadków przydarzyły się wymioty w dziesięciu po zażyciu pierwszego a co najwyżéj drugiego proszka a w jednym tylko przypadku pojawiły się pięć razy. Braku apetytu, dolegliwości żołądkowych, nudności nie spostrzeżono także po tych dawkach. Kobiety wymiotują częściéj niż mężczyźni, na dziesięciu chorych ośm kobiet. — Mocz zabarwia się na ciemno-niebiesko, to zabarwienie coraz bardziéj jaśnieje aż wreszcie po dwóch dniach znika. Dolegliwości w oddawaniu moczu powstają niekiedy, zapobiegano im jednak przez podawanie równocześnie na koniec noża węglanu magnowego. Te dolegliwości znikają podobnie jak wymioty po niejakim czasie; do tego środka przyzwyczaja się bowiem rychło tak, że się znosi dawki, które początkowo mogły były sprowadzić jakie nieprzyjemne objawy. Białko pojawiło się w moczu na 50 przypadków tylko w jednym i to w ilości bardzo małéj. Mocz nie okazywał żadnych zmian. Ilość urochromu i indoksylu jak również fosforanów ziemnych powiększała się a mocznika tylko w kilku przypadkach. Stolce zabarwiały się na niebiesko, pot i plwociny po wielkich dawkach na słabo zielonkowato.

Co się tyczy działania antypiretycznego, to osięgaliśmy po dawkach gramowych krótko trwające, co najwyżéj 0·15° wynoszące, obniżenia ciepłoty. U suchotników jednak uważaliśmy obniżenia ciepłoty po 0·5° a nawet 0·6° jak również zmniejszenie się potów w niektórych przypadkach.

Pod względem działania na stan ogólny jesteśmy zupełnie z niego zadowoleni.

Po użyciu preparatów nie pochodzących z fabryki Mercka powstawały dolegliwości żołądkowe, brak apetytu, osłabienie lub uczucie znużenia, bicie serca, ból głowy, czego nigdy nie było podczas używania preparatów merckowskich; przeciwnie nawet we wszystkich przypadkach poprawiał się apetyt i siły, chorzy nabierali lepszéj cery twarzy, czuli się bardzo dobrze do tego stopnia, że nawet inni chorzy o zadawanie im „niebieskiego proszka“ prosili. Trudną rzeczą byłoby we wszystkich tych przypadkach przypisywać ten korzystny wpływ suggestyi.

U niektórych czy to chorych czy zdrowych powstają po dłuższem używaniu błękitu bóle w okolicy nerek (bez pojawienia się białka w moczu) i uczucie ciśnienia w czole. Pieczenia i drapania w połyku i przełyku, jak to twierdzi Althen (*Münch. med. Wschrft.* Nr. 1), nie spostrzegaliśmy.

Dawki gramowe wywoływają często dolegliwości ze strony narządu moczowego: parcie na mocz, pieczenie w cewce a niekiedy mimowolne oddawanie moczu.

Wpływ na narząd krążenia jest również mały. Prócz nieznacznego zwiększenia napięcia tętnicy i małego zwolnienia tętna nie dostrzeżono żadnego znaczniejszego działania.

Podskórnie użyty działa błękit metylenu w podobny sposób. Wstrzykiwania sprawiają mały ból W 3 przypadkach powstały nacieki, które bez ropienia się rozeszły. Pomyślny wpływ na stan ogólny wykazać również można przy wstrzykiwaniach. Niektórzy chorzy twierdzili, że oddychanie ich stawało się swobodniejszem i lżejszem. To samo mógł Dr. Blatteis stwierdzić na sobie samym, ale do tego nie przywiązujemy wielkiego znaczenia; wiadomą bowiem jest rzeczą, jak wielki ma wpływ suggestya przy świeżo użytym środku leczniczym.

Działania antypiretycznego tych wstrzykiwań nie ma także prawie żadnego. Mocz zabarwia się po użyciu podskórnem po większych nawet dawkach, 0·2—0·3, tylko na ciemnozielono a to zielone zabarwienie utrzymuje się mniéj lub więcéj przez tydzień. Stolec nie zabarwia się. Pot i ślina również nie. Działanie analgetyczne błękitu metylenu występuje bardzo wybitnie.

Co się tyczy działania błękitu metylenowego na chorych na zimnicę, to można je stwierdzić jako pomyślne tak na napady zimnicze, na wielkość śledziony, na plasmodya jak również na objawy poboczne. Używanie błękitu przecina zwykle natychmiast napady zimnicy, rzadziéj stają się one lżejszemi aż wreszcie zupełnie ustają. Widzieć można także, że w czasie zwyczajnego napadu zimniczego ciepłota się wzmaga bez poprzedniego jednak dreszczu. Napady znikają zwykle po 3—5 wstrzyknięciach, przy wewnętrznem używaniu po 3—6 a rzadziéj dopiero po 12 dawkach.

Z 35 przypadków mieliśmy tylko jeden, w którym błękit metylenu pomimo siedmiodniowego używania nie wywarł żadnego skutku, i drugi przypadek, w którym podczas leczenia błękitem metylenu pojawił się napad zimniczy po dwutygodniowej przerwie. W pierwszym przypadku chinina również nie miała wpływu, w drugim usunęła napady.

Co się tyczy wpływu na wielkość śledziony, to w 33 przypadkach można go było stwierdzić przez kontrolowanie wielkości stłumienia śledziony podczas używania błękitu, jak ono się mniéj lub więcéj zmniejszało. W trzech przypadkach zniknął w krótkim czasie obrzęk śledziony dość znacznéj wielkości (recydywy). W dwóch przypadkach nie można było wykazać żadnego zmniejszenia się śledziony.

Plasmodya znikają ze krwi daleko powolniéj niż ustępują napady zimnicze: w wielu jednak przypadkach nie można ich zupełnie dostrzedz już po 2 lub 3 dawkach. Pasorzyt półksiężycowy opiera się tak samo, jak chininie, również i wpływowi błękitu daleko mocniéj niż ameba śródciałkowa. W przypadkach zimnicy z półksiężycowym pasorzytem przez nas obserwowanych okazał się jednak błękit metylenu (może przypadkowo) daleko mocniejszą na pasorzyty te trucizną niż chinina. Przytaczamy tu dwa odpowiednie przypadki:

1) W. W., lat 22 liczący, rodem z Krakowa, nabawił się podczas pobytu w Suezie ciężkiéj zimnicy. Bezskutecznie używał miesiącami wielkich dawek chininy tak w Suezie jak i w innych szpitalach, w których podczas powrotu do domu przez dłuższy lub krótszy czas przebywał.

Stan obecny wykazuje indywiduum wynędzniałe z niedokrewnością bardzo wysokiego stopnia (1250000 czerwonych ciałek krwi), wielkiem osłabieniem, śledzioną wielką, twardą. Na obu siatkówkach wielkie wynaczynionki tak na saméj plamce żółtej jak i naokoło niéj. Napady zimnicze dwa razy dziennie, przeciągłe, z długo trwającą następową gorączką. Badanie krwi wykazało obecność plasmodyów w małéj ilości. Napady zimnicze stwierdzono przez sześć dni. — Wstrzykiwanie dwa razy dziennie po 0·10 błękitu metylenu usunęło w trzech dniach zupełnie napady zimnicze. Siły nadzwyczaj podupadłe polepszały się z dnia na dzień. Plasmodya, choć po długim czasie, zniknęły zupełnie.

2) M. Fr., z ciężkiem zakażeniem zimniczem, obrzękiem znacznym śledziony, napróżno zażywał przez czas dłuższy trzy razy dziennie po 0·50 chininy. Badanie krwi wykazało wiele śródciałkowych i mało półksiężycowych plasmodiów. Przez używanie chininy zmniejszyła się tylko ilość śródciałkowych plasmodyów, ilość półksiężycowych nie uległa jednak zmianie. Po zaprzestaniu zażywania chininy pojawiły się rychło śródciałkowe plasmodia w większéj ilości. Użycie błękitu metylenu usunęło napady zimnicze; plasmodia śródciałkowe poginęły we krwi rychło, półksiężycowe dopiero po trzech tygodniach. Po dwóch miesiącach nastąpiła recydywa. We krwi wiele śródciałkowych oraz kilka półksiężycowych plasmodyów. Duże dawki chininy bez skutku. Podawanie przez 20 dni (dwa razy dziennie po 0·50) błękitu usuwa napady a plasmodya zupełnie znikają. Dotąd po czterech miesiącach nie ma recydywy.

Również wspomnieć musimy o dwóch przypadkach w których podawanie chininy nie wywarło żadnego skutku i nie było w stanie usunąć z krwi śródciałkowych plasmodyów a błękit metylenu okazał się skutecznym. Przeciwnie znamy prócz przypadku wyżéj opisanego, w którym wśród zażywania błękitu ani plasmodya nie zniknęły ani napady zimnicze nie ustały; dwa przypadki, w których chociaż napady zimnicze ustąpiły, plasmodya jednak mimo 8—10 dni trwającego leczenia błękitem nie znikały a chinina je po kilku dniach usunęła. Widzimy także, że w przypadkach recydywujących, leczonych poprzednio chininą, błękit metylenu okazuje się od niéj skuteczniejszym, jak również że w przypadkach zimnicy usuniętéj błękitem recydywy rychléj przy używaniu chininy znikają. Fakty te dozwalają przypuszczać, że prawdopodobnie pasorzyt przyzwyczaja się do tych trucizn.

Na objawy uboczne w przebiegu zimnicy, jak ból głowy, dolegliwości żołądkowe, uczucie znużenia i inne, wpływa błękit metylenu bardzo korzystnie. Objawy te prędzéj ustępują niż podczas zażywania chininy.

Bardzo dobre działanie spostrzegaliśmy w nerwobólach nadoczodołowych zimniczych. We wszystkich przypadkach znikały one wkrótce po zażywaniu błękitu. Bóle mięśniowe zdarzające się niekiedy w zimnicy, polepszają się bardzo pod jego wpływem. Możnaby mniemać, że skuteczność w nerwobólach jak i bólach mięśniowych i stawowych zależy wyłącznie od jego działania analgetycznego, na które Ehrlich zwrócił uwagę, lecz tak nie jest; w przypadkach bowiem nerwobólów, gośćca mięśniowego lub stawowego, w których plasmodya wykryto, bóle znikały podczas używania błękitu o wiele łatwiéj i szybciej.

Tu przytoczymy jeden przypadek:

M. S. Rozpoznanie: Gościec stawowy ostry. Mocne bóle w kilku stawach, obrzmienie ich, ciągła gorączka z małemi zwolnieniami. Leczenie: Przez dwa miesiące codziennie po 4 gramy salicylanu sodowego i po 2 gramy antypiryny — bez skutku. Badanie krwi wykazuje liczne śródciałkowe plasmodia. Dotychczasowe leczenie usunięto a wtedy wystąpiły okresowe regularne napady zimnicze. Zadawanie błękitu metylenowego usunęło w krótkim czasie tak napady zimnicze jak i bóle i obrzmienia stawów.

Również stwierdziliśmy korzystny wpływ na stan ogólny. Apetyt i wejrzenie polepszały się wybitnie. Szum w uszach, ból głowy i rozwolnienie, dolegliwości, któreśmy niekiedy po zażywaniu chininy spostrzegali, nie występowały nigdy. Z drugiéj strony zdarzają się niekiedy dolegliwości w oddawaniu moczu i wymioty, czego nie uważamy przy używaniu chininy.

Od recydyw nie obroni błękit metylenu tak samo jak i chinina; według naszego jednak doświadczenia nie wydarzają się recydywy po używaniu błękitu metylenowego częściéj aniżeli po leczeniu chininą — podczas gdy na 30 przypadków leczonych chininą wystąpiła sześć razy recydywa, to na 35 przypadków leczonych błękitem przydarzyła się tylko pięć razy, z tego w dwóch przypadkach w krótkim czasie a w trzech dopiero po dwu, trzech i półczwarta miesięcznéj przerwie.

Streszczając w krótkości, musimy powiedzieć, że w błękicie metylenu posiadamy bardzo dobry lek przeciwzimniczy, który jednak tak samo jak i chinina może w niektórych przypadkach zawieść. Uwzględniając to, że chinina po większéj części wystarcza, byłoby rzeczą zupełnie zbyteczną

chcieć ją zastąpić błękitem metylenu, który z powodu zabarwiania ciała i bielizny na niebiesko jest dość przykrym do używania. W przypadkach jednak, w których chinina zawodzi, szkodliwie działa, nieprzyjemne objawy uboczne wywoływa albo w przypadkach, w których się spodziewamy po błękicie metylenu lepszego skutku — jest lekiem równie dzielnym, jest koniecznie wskazanym i spodziewać się należy, że stale zajmie miejsce należące mu się w leczeniu zimnicy.

II. W sprawie podwiązania żyły udowéj.

Podali

Doc. Dr. Rudolf Trzebicky i Dr. Stanisław Karpiński.

Pytanie, „czy i o ile godzi się podwiązać żyłę udową (*vena femoralis*) poniżej więzu Pouparta“, pozostawało przez długi czas nierozstrzygniętem i jako takie było przedmiotem szczegółowych prac i doświadczeń, podejmowanych zarówno przez chirurgów jak i anatomów. Na podstawie znanych przypadków Rouxa i Linharta, w których po podwiązaniu żyły udowéj uległa kończyna zgorzeli, uważano powyższy rękoczyn za szkodliwy i dlatego to starano się unikać podwiązania téj żyły przez tamponowanie rany, boczne podwiązywanie, wycięcie i zeszycie ścian żyły (Koretzky) [1]) jakoteż przez podwiązanie tętnicy doprowadzającéj. Że to tylko częściowo się udawało a zwłaszcza ostatni zabieg operacyjny nadto chorego na poważne narażał niebezpieczeństwo, o tem pouczają nas dostatecznie statystyczne prace Rabego [2]), Brauna [3]), Kammerera [4]) i innych. Szczególnie anatomowie a w pierwszym rzędzie Sappey [5]) i Braune [6]), uważając żyłę udową pod więzem Pouparta za jedyne naczynie krew odprowadzające, oświadczyli się przeciw jej podwiązywaniu, zwłaszcza nagłemu. Braune w znakomitej swej pracy o żyłach na udzie u ludzi podaje, że połączenia żył ani przez otwór zasłonowy (*for. obturatum*), ani przez otwór kulszowy z powodu szczególnego urządzenia w nich zastawek, nie można uważać za drogi uboczne, któremiby krew żylna w danym razie mogła odpływać.

W skutek licznych, później pojawiających się doniesień o przypadkach, w których chorzy wcale dobrze znosili podwiązanie żyły udowéj [7]), zaczęto powątpiewać o prawdziwości zdania wygłoszonego przez Braunego a w ślad za tem usiłowano pogodzić dobre skutki w praktyce z rezultatami doświadczeń na zwłokach. Szczególnie H. Braun wykonał cały szereg doświadczeń zdążających do wyjaśnienia tego pytania. Po podwiązaniu żyły poniżéj więzu Pouparta wstrzykiwał on rozczyn soli kuchennéj i czystą wodę wśród ciśnienia dokładnie oznaczonego do żyły udowéj lub do żyły zaskórnéj wielkiej na kostce. Wypadki jego doświadczeń są następujące: Na ośmiu kończynach wystarczało małe ciśnienie (bo zaledwie 10—20 mm. rtęci), by znaczną ilość płynu wstrzyknąć do żył jamy brzucha. W przeważnéj liczbie przypadków zauważono, że płyn wstrzykiwany wyciekał z żyły zasłonowéj (*v. obturatoria*) i kulszowéj (*v. ischiadica*), rzadziéj z żyły krzyżowéj średniéj (*v. sacralis media*), okrężnéj biodrowéj (*v. circumflexa ilei*), wreszcie z żył lędźwiowych (*vv. lumbales*). Na dalszych ośmiu kończynach musiano użyć ciśnienia 50—70 mm. rtęci, by przezwyciężyć zastawki w połączeniach żylnych. Na następnych ośmiu kończynach wystarczało ciśnienie 70—120 mm. rtęci. Na innych ośmiu kończynach użyto ciśnienia 120—150 mm. rtęci celem przeprowadzenia płynu po za zastawki a na dwu kończynach użyto ciśnienia 150—180 mm. rtęci w tymże samym celu. Pozostało jednak jeszcze sześć kończyn, na których mimo użycia ciśnienia dochodzącego do 200 mm., a nawet do 300 mm. rtęci i to przez całą godzinę, nie udało się przeprowadzić płynu przez żadne z wyżej wspomnianych połączeń.

Z tych doświadczeń przeto wnosi Braun, że w połączeniach rzeczonych znachodzą się zastawki, które w 85% przypadków można pokonać ciśnieniem do 180 mm. rtęci, w 15% zaś nawet znaczniéjsze ciśnienie nie znosi ich działania.

Aczkolwiek wypadki te same przez się są już korzystniejszemi od rezultatów Braunego, to jednak należy zauważyć, że wcale one jeszcze nie zachęcały dla praktyki; chyba bowiem tylko wyjątkowo napotkamy po podwiązaniu żyły udowéj parcie w niéj odpowiadające ciśnieniu 180 mm. rtęci; a doświadczenia te wcale nie dają rękojmi do rozróżnienia przypadków z góry, co zawsze może narazić chirurga na niebezpieczeństwo późniejszych wyrzutów ze strony samego chorego lub jego otoczenia.

Ożywieni myślą, by, o ile to można, powyższe pytanie rozwiązać, postanowiliśmy zbadać je jeszcze raz drogą doświadczenia. Nasamprzód powtórzyliśmy doświadczenia wykonane przez Braunego, Brauna i innych na 31 zwłokach bez wyboru, w takim porządku, w jakim ich dostarczano do krakowskiego zakładu anatomii opisowéj, którego materyału używaliśmy, dzięki uprzejmemu zezwoleniu dyrektora tegoż zakładu Wnego Prof. Dra L. Teichmanna. Po podwiązaniu żyły udowéj na wysokości więzu Pouparta wstrzykiwano cedzoną masę kitową Teichmanna przez żyłę zaskórną małą (*v. saphena minor*) lub przez żyłę podkolanową (*v. poplitea*). Do wstrzykiwań posługiwaliśmy się zwyczajną, około 250 ctm. sześć. objętości mającą, mosiężną strzykawką, któréj tłok posuwał się za pomocą gwintów umieszczonych w przykrywce strzykawki. W tych przypadkach, w których wstrzykiwanie szło od razu łatwo i raźno, napełniano strzykawkę i po raz wtóry. Wstrzykiwanie trwało za każdym razem około 24 godzin, w których śrubę według możności coraz mocniej przykręcano.

Rezultaty nasze uwidacznia następująca tablica.

[1]) *Klinische und experimentelle Beiträge zur Frage der Ligatur der Schenkelvene unterhalb des Ligamentum Poupartii. Arch. f. klin. Chir.* T. 36.

[2]) *Zur Unterbindung der grossen Gefässtämme in der Continuität bei Erkrankungen und Verletzungen der unteren Extremitäten. D. Ztschft. f. Chir.* T. V.

[3]) *Die Unterbindung der Schenkelvene am Poupart'schen Bande. Arch. f. klin. Chir.* T. 28.

[4]) *On ligature of the femoral vein. New York. med. Journ. 1891 pag. 507.*

[5]) *Anatomie descriptive.* T. II stron 694.

[6]) *Die Oberschenkelvene des Menschen. Leipzig 1873.*

[7]) Co do szczególnych przypadków odsyłamy czytelników do znakomitych prac Maasa (*Die Circulation der unteren Extremität, Zeitschrift f. Chir.* T. XVII), Brauna, Koretzkiego, Kammerera, Golza (*Die isolirte Unterbindung der Vena femoralis communis. Breslau 1889.*), Grätzera (*Ueber die Unterbindung der grossen Schenkelgefässe, Erlangen 1888*), Kraussa (*Die isolirte Unterbindung der Vena femoralis communis*, Berlin), Zeidlera (*Zur Unterbindung der Arteria und Vena femoralis, Berlin klin. Woch. 1890* strona 888), Idzińskiego (*Gleichseitige Unterbindung der Arteria und der Vena femoralis, Wien. med. Wochschrft. Nro 14. und 15*) i t. d.

L. porz. doświad.	Płeć zwłok.	Wiek.	Przyczyna śmierci.	Miejsce wstrzykiwania.	Skutek.	Uwaga.
1	m.	21	*Phthisis pulmonum*	żyła zaskórna mniejsza	żyła biodrowa wspólna miernie wypełniona	
2	ż.	65	*Vitium cordis*	„	„	
3	m.	61	„	„	„	
4	ż.	31	*Phthisis pulmonum*	„	żyła biodrowa czcza jak i żyły trzew bardzo wypełnione	
5	ż.	80	*Emphysema pulmon.*	„	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
6	m.	56	*Carcinoma pylori*	ż. podkolanowa	„	
7	ż.	42	*Nephritis*	„	żyły jamy brzusznéj średnio wypełnione	
8	m.	57	*Pneumonia*	ż. zaskórna mniejsza	„	
9	m.	57	„	„	„	druga kończyna tych samych zwłok
10	ż.	68	*Emphysema pulmon.*	ż. zaskórna większa poniżéj kolana	żyły jamy brzusznéj jakoteż ż. udowa drugiej kończyny mocno nastrzykane	
11	m.	30	*Nephritis*	ż. zaskórna mniejsza	żyły jamy brzusznéj miernie napełnione	
12	m.	41	*Pneumonia*	ż. zaskórna większa powyżéj kolana	jak w 10. doświadczeniu	
13	ż.	50	*Vitium cordis*	ż. zaskórna mniejsza	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
14	m.	26	*Phthisis pulmonum*	„	żyły jamy brzusznéj miernie wypełnione	
15	ż.	40	*Emphysema pulmon.*	„	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
16	m.	76	*Marasmus*	„	„	przed podwiązaniem przepłukano ż. wodą
17	m.	16	*Phthisis pulmonum*	„	żyły jamy brzusznéj bardzo wypełnione	
18	m.	72	*Emphysema pulmon.*	„	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	żyła pękła poniżéj podwiązania
19	ż.	70	*Endocarditis*	„	żyły jamy brzusznéj miernie wypełnione	
20	ż.	50	*Carcinoma cruris*	ż. zaskórna mniejsza, następnie żyła podkolanowa, w końcu ż. zaskórna większa na grzbiecie stopy	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
21	ż.	56	*Nephritis*	ż. zaskórna mniejsza i większa	„	
22	m.	23	*Phthisis pulmonum*	ż. zaskórna mniejsza	„	
23	ż.	70	*Pneumonia*	„	żyły podbrzusza miernie wypełnione	
24	m.	23	„	„	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	
25	m.	65	*Emphysema pulmon.*	„	„	
26	m.	31	*Phthisis pulmonum*	„	żyły jamy brzusznéj miernie wypełnione	
27	m.	27	*Meningitis cerebro-spinalis*	„	ani śladu masy w żyłach jamy brzusznéj	żyła pękła poniżéj podwiązania
28	ż.	59	*Tetanus*	„	żyły jamy brzusznéj mocno wypełnione	
29	m.	67	*Pyaemia*	„	„	
30	ż.	27	*Phthisis pulmonum*	„	jak w 27. doświadczeniu	
31	ż.	40	*Nephritis*	„	żyły jamy brzusznéj miernie wypełnione	

Ze zestawienia powyższych rezultatów wypada, że na 31 przypadków masa wstrzykiwana przeszła do żył jamy brzusznéj tylko 18 razy (58)% i to w przeważnéj liczbie przypadków przez połączenie zasłonowe (*circulus obturatorius*); doszliśmy więc do rezultatu jeszcze gorszego, aniżeli Braun w swych doświadczeniach.

Nie mogliśmy jednakże zataić przed sobą, że ta droga nie doprowadzi nas do rozwiązania pytania zajmującego właściwie chirurga: „czy godzi się podwiązać żyłę udową a względnie jakie następstwa mieć może powyższy rękoczyn“. Wszystkie te doświadczenia mogły tylko wykazać grubsze poboczne drogi żylne.

drożne dla masy wstrzykiwanéj, gdy wszelkie rozgałęzienia naczyń włosowatych usuwały się w tych doświadczeniach z pod naszego badania. Nabraliśmy więc przekonania, że pytanie powyższe można rozwiązać jedynie tylko na drodze doświadczeń fizyologicznych. Doświadczeniami na zwierzętach, które, zdawałoby się, że wypadało w pierwszym rzędzie przedsięwziąć, posługiwać się nie mogliśmy wiedząc, że żyły u zwierząt, zwłaszcza na nodze są wcale inaczéj rozmieszczone jak u ludzi. Tak naprzykład na nodze królika napotykamy przebiegającą od łydki przez wcięcie kulszowe (*incis. ischiadica*) do żył w miednicy małéj żyły, która grubością swą nietylko dorównywa, ale często i przewyższa żyłę udową, dzięki czemu po podwiązaniu żyły udowéj krew z odpowiedniej kończyny może zupełnie swobodnie tą drogą odpływać. Musieliśmy przeto doświadczenia przeprowadzić na zwłokach w sposób, jakiego już Braune używał, aczkolwiek bez dodatniego rezultatu. Postanowiliśmy wlewać płyn wśród pewnego, ustawicznie i dokładnie oznaczanego ciśnienia do tętnicy biodrowéj, zewnętrznéj (*art. iliaca externa*) lub udowéj (*art. cruralis*) i oznaczać dokładnie ilość płynu wyciekającego z żył, tak przed jak i po podwiązaniu żyły udowéj. Różnica tych dwóch ilości miała rozstrzygać o dopuszczalności i niebezpieczeństwach podwiązania, względnie o obecności lub braku dróg ubocznych. Liczne w tym kierunku wykonane doświadczenia, próby nieudale i nieprowadzące do celu pouczyły nas aż nadto rychło, że doświadczenie to nie da się przeprowadzić tak bez wszystkiego, lecz że należy zachować przytem cały szereg ostrożności a głównie przygotować odpowiednio zwłoki. Nasamprzód chcąc, by cała ilość płynu wstrzykiwanego dostawała się do badanéj kończyny a nie do innych części ciała przez połączenia tętnicze, musiano starać się te ostatnie zamknąć, jak o tem zresztą wspomina już Braune. W tym celu użyliśmy kitowéj masy Teichmanna, którą, podwiązawszy wpierw odpowiednią tętnicę biodrową wspólną (*art. iliaca ext.*), nastrzykiwano w sposób ogólnie znany z tętnicy głównéj cały system tętniczy. Niemniéj ważną była, zdaniem naszem i ta okoliczność, by podczas doświadczeń do wstrzykiwania płynu nie używać zbyt wielkiego ciśnienia, gdyż to z jednéj strony mogłoby sprowadzić pękanie ścian naczyń i wynaczynienia, co psułoby wręcz doświadczenia, z drugiéj strony zależało nam na tem, by warunki krążenia płynu podczas doświadczeń na zwłokach zbliżały się, ile tylko można, do warunków krążenia u żywych. Przyjąwszy, że parcie krwi w tętnicy udowéj równa się mniéj więcéj ciśnieniu 120 mm. rtęci, użyliśmy takiego ciśnienia do wlewania płynu. Po kilku jednak doświadczeniach próbnych z parciem mniejszem od przytoczonego nabraliśmy przeświadczenia, że skutki odnośnie do naszego pytania pozostają jednakie i mimo mniejszego ciśnienia. Na téj podstawie w dalszych doświadczeniach używaliśmy często parcia równającego się ciśnieniu zaledwie 50—100 mm. rtęci. Największą jednak wartość przywiązywaliśmy do tego, by ile możności oczyścić naczynia z krwi, szczególnie zaś, by wydalić skrzepy, które łatwo w ciągu doświadczenia mogłyby zatkać drobniejsze rozgałęzienia i naczynia włosowate. W tym celu każdym razem zawieszano pionowo kończynę, masowano długo w kierunku dośrodkowym a skrzepy wyjmowano szczypczykami z tętnicy biodrowéj zewnętrznéj i żyły głównéj dolnéj (*vena cava inf.*) przez otwory w ich ścianach wycięte. Wreszcie pozostałą jeszcze krew wypłukiwano dwusiarczkiem węgla przez $^1/_4$ do $^1/_2$ godziny a względnie dopóty, dopóki z żyły głównéj dolnéj (*v. cava*) nie zaczął wypływać dwusiarczek zupełnie czysty. (Dok nast.).

III. Oceny i sprawozdania.

Ludwik Teichmann: **Naczynia limfatyczne w słoniowacinie** (*elephantiasis Arabum*) in IV-to, str. III i 51 z atlasem z pięciu tablic litogr. wielkiego formatu. Kraków 1892. Wydawnictwo Akademii Umiejętności.

Dzieło to ozdobione wspaniałemi rycinami zawiera wypadki długoletniej, niesłychanie mozolnej pracy, której autor dokonał z właściwą tylko sobie samemu sumienną dokładnością i niezmordowaną wytrwałością.

Wiadomo powszechnie, że badanie a mianowicie nastrzykiwanie i preparowanie naczyń limfatycznych należą do najtrudniejszych zadań anatomicznych, że wymagają nietylko wielkiej zręczności i specyalnej wprawy, lecz zarazem bardzo wiele czasu, trudu i cierpliwości. Badanie naczyń limfatycznych w tkaninach patologicznie zmienionych tam, gdzie jak właśnie w słoniowacinie, są one częstokroć do niepoznania zmienione lub nawet całkiem zanikłe, mógł z powodzeniem przeprowadzić zaiste tylko ten, kto jak T. ma tak rozległe doświadczenie na tem polu, kto wydoskonalił i ułatwił nastrzykiwanie tych naczyń, kto z taką zręcznością potrafił poświęcić się tym badaniom.

Rezultaty też pracy T. są całkiem jasne, nader proste i w ten sposób stwierdzone, że nie ulegają najmniejszej wątpliwości.

T. badał kilkanaście odnóg dolnych dotkniętych słoniowaciną różnych rozmiarów odnogi górne i dolne: tudzież splot lędźwiowy i przewód piersiowy mężczyzny dotkniętego wysokim stopniem słoniowaciny, zmarłego w klinice Prof. Bryka w r. 1874, worek mosznowy wskutek słoniowaciny ważący 25 funtów i odnogę górną dotkniętą słoniowaciną niezwykłych rozmiarów, które po amputacyi otrzymał był od Prof. Obalińskiego.

Własności naczyń limfatycznych i zmiany ich patologiczne, które T. wykazał na odnóżach i innych częściach ciała dotkniętych słoniowaciną, tłomaczą w nader prosty sposób powstawanie tego obrzęku i przerostu tkanki łącznej, który stanowi istotę tej choroby, tłomaczą także znany fakt, że słoniowacinowy przerost, skoro już powstał, ani sam przez się nie ustępuje, ani też przez leczenie nie może być usunięty tak, ze nie pozostaje nic innego, jak tylko amputacya części dotkniętych słoniowaciną.

Przedewszystkiem T. zupełnie stanowczo stwierdził, że w skórze i w tkance podskórnej zajętej słoniowaciną w żaden sposób nie można wykazać ani nastrzykać włosowatych naczyń limfatycznych, że zatem naczynia te zarosły. Natomiast na granicy słoniowaciny i prawidłowej skóry napotykał T. rozszerzenie włosowatych naczyń limfatycznych.

Stan ten jest skutkiem zmian, jakie T. wykazał w pniach naczyń limfatycznych, przedewszystkiem powierzchownych (podskórnych) a w przypadkach słoniowaciny znaczniejszych rozmiarów także w pniach głębokich naczyń limfatycznych.

Zmiany te są niewątpliwie następstwem zakrzepicy (*Thrombosis*) w pniach naczyń limfatycznych, którą Teichmann częstokroć napotykał w miejscach dotkniętych słoniowaciną. Zakrzepy powstają w naczyniach limfatycznych niewątpliwie w skutek zapalenia ścian tych naczyń, chociaż, jak wiadomo, nie każde zapalenie naczyń limfatycznych pociąga za sobą te groźne następstwa. Zapalenie naczyń limfatycznych (*lymphangioitis* a raczej *perilymphangioitis*) zdarza się bardzo często, a zakrzepica i jej następstwa (t. j. słoniowacina) są stosunkowo rzadkiemi. T. przypuszcza więc, że niekiedy wskutek choćby najlżejszych obrażeń przez ranę zaniedbaną i zanieczyszczoną do naczyń limfatycznych dostają się rozmaite istoty chorobotwórcze,

a więc zakaźniki, między któremi znajdują się także takie, które sprawiają tworzenie się zakrzepów.

Zakrzepy w naczyniach limfatycznych podobne są do zakrzepów w żyłach, przedstawiają się jako jednostajna, zbita masa, żółtawej barwy, podobna do oczyszczonego włóknika, która pod mikroskopem okazuje się złożoną z drobnych ziarnek i nie zawiera komórek ani jąder.

Zakrzepy takie przylegają ściśle do ścian naczyń i tamują wszelki przepływ; z czasem jednak mięknąą, przepływają do gruczołów, powiększają je czasowo, przepływają dalej i giną.

Tymczasem jednak zakrzep, dopóki trwa, wywiera wielki wpływ, nietylko na to naczynie limfatyczne, w którem się tworzy, lecz także na wszystkie inne, z któremi ono się łączy. Powyżej zakrzepów ścieśniają się naczynia limfatyczne a w końcu zarastają nawet zupełnie. Poniżej zakrzepów wszystkie naczynia wypełnione zakrzepami, równie jak wszystkie z niemi w bezpośrednim związku pozostające, są rozszerzone. Najwięcej rozszerzone są zawsze naczynia, w których znajdują się zakrzepy: przedłużają się też, wiją i kręcą na długiej przestrzeni, tworząc rzeczywiste żylaki (*varices*) naczyń limfatycznych. Rozszerzenie naczyń daje powód do niedomykalności zastawek i całkiem odmiennego krążenia limfy poniżej zakrzepu. W przypadkach cięższej słoniowaciny często się wydarza, że przy nastrzykiwaniu jednego naczynia masa injekcyjna wraca wstecz innem, sąsiedniem naczyniem. Niekiedy masa przedostaje się przez powięź do naczyń głębokich.

W następstwie zatamowania i zarośnienia pni pomimo nieraz odwrotnego obocznego krążenia, zarastają także gałązki jakoteż naczynia limfatyczne włosówek.

Oprócz zakrzepów i ich następstw zasługują jeszcze na uwagę zgrubienia ścian naczyń limfatycznych w słoniowacinie, które oczywiście są następstwem zapalenia dającego powód do powstawania zakrzepów. Zgrubienie ścian niektórych rozszerzonych naczyń limfatycznych dochodzi czasami do tego stopnia, że naczynie limfatyczne wygląda jak żyła; dopiero injekcya, wykazująca jego przebieg i związek z innemi naczyniami limfatycznemi, poucza, że to jest rzeczywiście naczynie limfatyczne.

T. badał także tętnice i żyły części ciała dotkniętych słoniowaciną. W przypadkach nie bardzo rozwiniętej słoniowaciny nie znajdywał żadnych zmian ani w tętnicach ani w żyłach, w przypadkach cięższych tak tętnice jak i żyły są jednostajnie rozszerzone; stopień rozszerzenia jest w prostym stosunku do rozmiarów słoniowaciny. Zakrzepów jednak ani w tętnicach ani w żyłach T. nie znajdywał a nawet najrozleglejsze żylaki żył nie wywierają żadnego wpływu na pnie naczyń limfatycznych.

T. na podstawie swoich badań dochodzi do następujących wniosków objaśniających patogenezę słoniowaciny.

Zapalenie naczyń limfatycznych jest pierwszym objawem słoniowacizny, mianowicie zapalenie powstające wskutek działania takich istot chorobotwórczych, które dostawszy się (przez ranę zanieczyszczoną) do naczyń limfatycznych sprawiają tworzenie się w nich zakrzepów. Każda zakrzepica w pniach naczyń limfatycznych sprawia przeszkodę w krążeniu. Odrębny, tylko pniom naczyń limfatycznych właściwy sposób połączeń, odznaczający się tem, że dwa połączone ze sobą naczynia tworzą zwykle naczynie trzecie prawie tych samych rozmiarów jak każde z poprzedzających a nie grubsze, nadto liczne zastawki sprawiają, że zakrzep, choćby tylko w jednem naczyniu powstały, wywołuje nietylko przerwy w krążeniu w tem naczyniu, w którem powstał, lecz także wielorakie zmiany w naczyniach z niem połączonych a mianowicie ścieśnienia jednych, rozszerzenia, żylakowate pokręcenia, niedomykalność zastawek w innych. Naczynia nieczynne zarastają a za to powstają nowe drogi dla krążenia limfy. Włosowate naczynia limfatyczne, które na krańcach słoniowaciny przepełnione limfą się rozszerzają, w środku jej zarastają wraz z początkowemi pniami.

Zanim nowe krążenie limfy się ustali, trwa stagnacya limfy i daje powód do przerostu tkanki łącznej, zwanego słoniowaciną. Od wielkości i ilości zakrzepów, jakoteż zarosłych naczyń, zależy wielkość słoniowaciny. Jeżeli większa część naczyń limfatycznych albo też wszystkie zarosną, natenczas słoniowacina dochodzi do nadzwyczajnych rozmiarów. Wielkim słoniowacinom towarzyszy znaczna opuchlina (*oedema*). Nagromadzona limfa albo sączy się na zewnątrz z ran lub pęcherzyków powstających przez nagromadzenie płynu pod przyskórkiem a następnie pękających (*elephantiasis lymphorrhagica*) albo pozostaje wśród utkania słoniowaciny, powiększając w dwójnasób jej rozmiary. W przypadkach słoniowaciny wielkich rozmiarów ze znaczną opuchliną lub połączonych z sączeniem się limfy wnosić wypada, że przeważna ilość naczyń limfatycznych została przez zakrzepy zamknięta lub zarosła i że nie mogły utworzyć się nowe drogi do odprowadzania limfy.

W końcu dzieło T. zawiera nader cenne uwagi o sposobie nastrzykiwania i preparowania naczyń limfatycznych i dokładny opis postępowania używanego przez autora w tem badaniu. Słusznie wszakże autor sam powiada: „Inna rzecz powiedzieć komuś: „patrz, ja tak postępuję przy odszukiwaniu i nastrzykiwaniu“ a inna rzecz chcieć dokładnie opisać to postępowanie“. Referent wie z własnego doświadczenia że nauczył się nastrzykiwać naczynia limfatyczne jedynie przez to, że przypatrywał się, jak to czyni T., a następnie próbował wykonać to samo i tak samo. Pierwszy raz, gdy referent widział, jak T. odpreparowane naczynie limfatyczne ujął szczypczykami i wyprężył tak, że przybrało postać cienniuchnej niteczki a potem dopiero nakłuwał i wprowadzał koniec rurki strzykawki, że się tak wyrażę „po omacku“, wydawało się mu, że takie postępowanie nie może doprowadzić do pożądanego celu. Tymczasem przekonał się, że można w tej czynności nabyć takiej wprawy i końcem rurki wyczuć otwór zrobiony w ścianie naczynia nader cienkiego tak, że to postępowanie prawie nigdy nie zawodzi, i że tylko wtedy nie udaje się rurki wprowadzić do naczynia limfatycznego, gdy ono w stosunku do rurki jest za wązkie lub zarosłe. *H. Kadyi.*

J. Mikulicz i P. Michelson: **Atlas der Krankheiten der Mund- und Rachenhöhle**. Część II. w Berlinie, u A. Hirschwalda 1892.

Oceniając część pierwszą tego pomnikowego dzieła zwracałem uwagę na jego zalety niezwykłe i pomoc, jaką z niego mieć można, nie tylko w wykładach klinicznych, ale nie mniéj w rozpoznawaniu rzadszych a trudniejszych przypadków. Druga część na te pochwały może jeszcze bardziéj zasługuje, gdyż znajdujemy w niéj jeszcze liczniejsze okazy chorób rzadkich jamy ust i języka, co nie małéj jest wagi. Nieraz bowiem w takich przypadkach trudnych a wątpliwych wierny obraz świetnemi kolorami dokładnie oddając cierpienie, przyczyni się do rozpoznania postaci, których na żywym przedtem wcale nie widzieliśmy.

Chcąc właśnie w tym względzie wyposażyć jak najobficiéj swój atlas umieścili autorowie wyjątkowo też kilka obrazów nie pochodzących z własnych ich obserwacyj; pomiędzy niemi znajdują się dwa rzadsze przypadki z naszéj kliniki przez Eliasza młodszego świetnie z natury odmalowane: język czarny i tłuszczak języka.

Wszystkie obrazy wiernie oddają cierpienia i z największą dokładnością są wykonane a autorowie umieli dobierać okazów co najwięcéj pouczających, w czem ich niezwykła zasługa.

To też jeszcze raz tylko polecić możemy to wspaniałe dzieło jaknajgoręcéj. *Prof. Rydygier.*

Medycyna wewnętrzna.

M. Mendelsohn: **O piperacynie, środku rozpuszczającym kwas moczowy.**

Wskutek wielu prac, z których tylko wspomnę ważniejsze jak Ebsteina, Heubacha, Schmidta i Vogta, poleca-

jących bardzo użycie piperacyny w nadmiernem wydzielaniu się kw. moczowego, piperacyna ogromnie weszła w użycie i zdawało się, że doświadczenia chemiczne wykazujące własności roztwarzające kwas moczowy w rurce odczynnikowéj będą miały analogiczne działanie w ustroju ludzkim. Tymczasem doświadczenia Dra M. wcale tego nie potwierdzają.

Robił on próby w rurce odczynnikowéj z piperacyną w rozczynie 1%, poddając działaniu kamyk złożony z kw. moczowego, i przekonał się, że rzeczywiście po 24 godzinach w ciepłocie 37° C. do połowy zmalał (z 0,123 na 0,069) a tem bardziej w rozczynie 2%, 3% lub 4%, w tym ostatnim np. z 0,130 na 0,021. Natomiast rozczyn piperacyny 1% lub 2% w moczu tych własności wcale nie okazywał a nawet kamykowi składającemu się z kw. moczowego przybywało na wadze po leżeniu w rozczynie piperacyny w moczu.

Jeżeli więc w tak mocnym rozczynie w moczu piperacyna nie jest w stanie rozpuścić kwasu moczowego, to cóż dopiero mówić o warunkach daleko gorszych w pęcherzu, gdzie piasek lub kamyk znajduje się na samem dnie, a więc daleko trudniej może się rozpuszczać, nowe zaś porcye wydzielającego się moczu nie mogą już tworzyć rozczynu 1% lub 2%.

Nie tylko jednak piperacyna nie jest zdolną roztwarzać cząstek piasku złożonego z kw. moczowego, ale i samego kw. moczowego nie rozpuszcza, jak się o tem przekonał Dr. M. robiąc dalsze próby i doświadczenia z tym środkiem.

Wobec tego przepłukiwanie pęcherza rozczynem piperacyny nie może być skutecznem, bo obecność moczu przypływającego do pęcherza zmniejsza z każdą chwilą zdolność piperacyny roztwarzania kw. moczowego.

Dla porównania z innemi środkami przytaczam jedno z doświadczeń Dra M. I tak np.: z 0,5 czystego kwasu moczowego rozpuściło się w 100 grm. rozczynu 1% piperacyny tylko 0,139, w 100 grm. zaś węglanu litowego już 0,197 a tylko w 50 grm. Eau de Vals zmieszanéj z 50 grm. wody destylowanej 0,132.

Porównania też piperacyna z wodami mineralnemi jak Wiesbadeńską, de Vals lub z węglanem litowym nie wytrzymuje i dlatego w praktyce lekarskiéj nie radzi go wcale stosować. (*Berl. klin. Wochschrft.* N. 16. 1892).

A. Albu: **Kliniczne uwagi i doświadczenia nad leczeniem gruźlicy kreozotem.**

Nie mówiąc już o dawniejszych poleceniach kreozotu przez Dra Reichenbacha w r. 1832, który go odkrył i opisał, i Drów Boucharda i Gimberta, którzy go w r. 1877 gorąco polecali, dopiero w ostatnich czasach głównie zasługą profesorów Fränkla i Sommerbrodta wszedł kreozot w szerszą praktykę lekarską zwłaszcza w cierpieniach na tle gruźliczem opartych.

Otóż obecnie Dr. A. podaje wypadek swoich spostrzeżeń, jakie poczynił od lat 5 w oddziele Dra P. Guttmanna w szpitalu w Moabicie w Berlinie. Z materyału bardzo obfitego, jakim przez ten czas rozporządzali, podaje Dr. A. wcale nie zachęcające rezultaty.

Ilość zużytego kreozotu istotnie dochodziła ogromnych rozmiarów, bo np. w jednym 1891 roku zużyto 11 klg. 700 grm. kreozotu w 234.000 pigułkach. Stosując się do rady prof. Sommerbrodta podawano na dzień po 2—3 gramów i więcéj kreozotu a dawki te stosowano miesiącami całemi. Byli niektórzy pacyenci, którzy w ciągu kilku miesięcy do 5000 pigułek wyżyli. Podawano kreozot w rozmaitych okresach suchot, przeważnie jednak w początkowych i w dawkach nawet tak znacznych znoszono go wcale dobrze.

Według Dr. A. kreozot ani na gorączkę ani na plwociny ani na obecność w nich prątków nie miał żadnego wpływu, a działanie jego było tylko symptomatyczne nie lepsze wcale od działania innych środków, jakie się zwykle w gruźlicy stosuje. Jeżeli było jakie polepszenie, to więcéj ono zależało od warunków hygienicznych, lepszego pożywienia i zdrowszego powietrza, niż od kreozotu. Doświadczenia dalsze robione wspólnie z Dr. Weylem nad zaraźliwością plwocin u suchotników, którzy znaczne ilości kreozotu zażywali, wykazały, że cząstki tych plwocin wstrzyknięte do przedniej komory oka lub też do jamy brzusznéj wywoływały zawsze gruźlicę, już to miejscową już to ogólną.

Opierając się na tych doświadczeniach twierdzi Dr. A., że kreozot żadnego swoistego działania na gruźlicę nie ma i że podawanie go w gruźlicy może mieć tylko znaczenie symptomatyczne, już to jako *tonicum* już to jako, *expectorans* lub *stomachicum* dla niektórych chorych. (*Berl. klin. Wochschrft.* N. 51. 1892).

P. S. Jako sprawozdawca tej pracy muszę ze swej strony nadmienić, że na podstawie kilkuletnich doświadczeń w klinice prof. Korczyńskiego wydaje mi się twierdzenie Dra A. co do kreozotu niezgodne z istotnym stanem rzeczy a wielu chorych klinicznych, którzy dzięki wielkim dawkom kreozotu (po 3—5 grm. na dzień) doznali poprawy, jest tego najlepszym dowodem. *Dr. J. Surzycki.*

Eulenburg: **Teraźniejsze leczenie padaczki.**

Lubo od lat 26, t. j. od zalecenia przez Voisina systematycznego używania bromku potasu, leczenie padaczki wiele się nie zmieniło, to jednakowoż pod względem metody i techniki terapeutycznéj doszliśmy przez doświadczenie do rozmaitych wiadomości bynajmniéj nie obojętnych dla głównego celu.

Za pierwszy warunek pomyślnego leczenia każdego przypadku uważa E. prócz dokładnego zbadania pacyenta pod względem fizycznym i psychicznym i poznania jego stosunków rodzinnych, prowadzenie starannego protokółu napadów pod względem ich liczby, rodzaju, mocy, pory, przyczyn wywoływających, trwania, objawów pozanapadowych i t. d. a przynajmniéj dokładne notowanie ich liczby i czasu w porównaniu z leczeniem.

Głównym środkiem są zawsze przetwory bromu a mianowicie bromek potasu, po którym usiłowano wprowadzić do terapii inne połączenia bromu, jak z alkaliami, ziemiami alkalicznemi, niektóremi innemi metalami jak żelazem, kadmem, niklem, złotem, tudzież połączenia organiczne bromu jak wodan bromalu, bromek etylenu, bromek chininy, bromek kamfory i kwas bromooctowy. Co do połączeń bromu z alkaliami i ziemiami alkalicznemi okazało się nie tylko mylnem twierdzenie, jakoby skuteczność przetworu zależała od ilości zawartego w nim bromu czyli, co na jedno wychodzi, zostawała w odwrotnym stosunku do ciężaru atomowego ciała z bromem połączonego, lecz pokazało się przeciwnie, że z wszystkich połączeń bromu najskuteczniejszym jest przecież pierwotnie zalecony przez Voisina bromek potasu, w którym potas jest składnikiem wcale dla działania terapeutycznego nie obojętnym. Ponieważ atoli potasowi przypisują szkodliwy wpływ mianowicie na serce, ponieważ daléj inne połączenia bromu z alkaliami są także skuteczne, przeto obecnie używa się do leczenia padaczki głównie trzech bromków: potasu, sodu i amonu a Erlenmeyer podał w tym celu bardzo dogodną kombinacyę, złożoną z 2 części bromku potasu, 2 cz. bromku sodu i jednéj cz. bromku amonu rozpuszczonych w pewnym stosunku (10 gramów bromków na 750 centymetrów sześciennych) w wodzie przesyconéj nadmiarem czystego kwasu węglowego z dodatkiem chlorku sodu, węglanu sodowego i t. p. ciał, mających chronić przewód pokarmowy od szkodliwego wpływu połączeń bromu a ustrój od zatrucia bromem czyli bromizmu.

Ponieważ jednak woda bromowa Erlenmeyerowska jest dosyć droga i niedogodna niekiedy do użycia, n. p. w podróży, przeto aptekarze Neuss w Wiesbadenie a potem Dr. Sandow w Hamburgu wpadli na pomysł połączenia przetworów bromu z solami burzącemi, t. j. proszków złożonych z bromków alkaliów, z węglanu sodowego i kwasu cytrynowego oczywiście w pewnym stosunku. Proszek burzący bromowy (*alkali bromatum effervescens*) zawiera 50% bromków; dawka przeto sześciogramowa ma w sobie 1·2 bromku potasu, tyleż bromku sodu i 0·6 bromku amonu i kosztuje tylko 10 centów. Z różnych proszków burzących tego ro-

dzaju zasługuje jeszcze na uwagę kombinacya z żelazem, zawierająca 40% bromków alkaliów (w powyższym stosunku) i 1% żelaza a wskazana w padaczce połączonéj z niedokrewnością, blednicą i ogólnem osłabieniem.

Co do sposobu stosowania bromu w padaczce, pamiętać trzeba, by nigdy bromków alkaliów nie zadawać chorym w formie ani proszków ani pigułek ani mocnych np. 10% roztworów. Najlepiéj zapisywać bromki w formie rozczynów wodnych mięszając je ze znaczną ilością wody obfitującéj w kwas węglowy. Pod względem ilości na dzień, pamiętać należy, by nie zapisywać ani za dużo ani za mało. Należy tylko tyle przepisywać, by zmniejszyć ile możności i liczbę napadów i skłonność do ich powrotu. Za średnią dawkę bromków alkaliów dla dorosłego można uważać 5 gramów na dzień rozdzielonych najlepiéj na dwie a najwięcéj trzy porcye. Pora zażywania bromu zależy od pojawiania się napadów. W padaczce z napadami tylko dziennemi najlepiéj zażywać brom rano i w południe, z napadami tylko nocnemi najodpowiedniejszą jest jedna tylko, ale duża dawka wieczorna. W najzwyklejszych przypadkach, w których napady nie wiążą się wyłącznie żadną porą dnia, najlepiéj dawać brom rano i wieczorem lub rano, w południe i wieczorem. Ze względu na przewód pokarmowy najbardziéj zaleca się zażywanie bromu w 20 do 30 minut po jedzeniu.

Wobec uporczywości padaczki należy wytrwale zadawać przetwory bromu; w każdym razie nie tylko w okresie występywania napadów, ale jeszcze przez dwa, nawet i trzy lata po ich zupełnem zniknięciu. Menstruacya, ciąża i lekkie objawy zatrucia bromem nie zakazują bynajmniéj używania bromu. Najlepszemi środkami przeciw zatruciu bromem są: dobre żywienie się, czyste powietrze, ruch, kąpiele, procedury hidropatyczne.

Skoro się raz doszło do dawki skutecznéj, t. j. ani za wielkiéj ani za małej, należy jéj się trzymać statecznie; dopiero wtedy, gdy od ostatniego napadu minie dwa lub co lepiéj trzy lata, można i trzeba nawet dawkę powoli i systematycznie zmniejszać, dając dawkę pierwotną najlepiéj coraz rzadziéj.

W tych, w ogólności nie częstych na szczęście (5% ogólnéj liczby) przypadkach, w których chorzy albo bromu nie znoszą albo nie doznają po nim skutku, należy, jak w pierwszych, zacząć od małych dawek tego leku, łącząc go w miarę okoliczności z arsenem lub żelazem, lub, jak w drugich, przejść do innych środków nie obiecując sobie atoli po nich wiele skutku.

Inne środki lecznicze nie mogą iść w żadne porównanie z przetworami bromu, bo działanie ich jest albo niepewne bardzo albo nawet trujące albo ma tylko znaczenie środka pomocniczego dla bromu, jak arsen, żelazo, wilcza jagoda i zawarta w niéj atropina, któréj nigdy nie można zadawać ani tak długo ani tak bezpiecznie, jak brom. Również bardzo niepewnemi są zalecone z niektórych stron wodan amilenowy, antyfebryna, antypiryna, boraks, nitrogliceryna, kwas nadosmowy. Jako *curiosum* tylko warto tu przytoczyć, iż Babes zaleca w ostatnich czasach przeciw padaczce podskórne wstrzykiwania prawidłowéj substancyi nerwowéj!

O elektroterapii i suggestyi nie ma nawet co mówić.

Jak w inne działy chorób wewnętrznych, tak w leczenie padaczki wdała się chirurgia, któréj znaczenie jest tu dwojakie: albo ma na celu usuwać nieprawidłowe bodźce na obwodzie wywołujące padaczkę albo zadziałać na ośrodki nerwowe a mianowicie mózg.

Polem działania chirurgów w pierwszym razie są te zboczenia chorobowe, organiczne w układzie nerwowym, które drogą odruchów wywołują padaczkę. Tutaj należą operacye nerwiaków, naciągania i wycięcia nerwów, wycięcia blizn, trzebienia, wycięcia łechtaczki, przyżegania i odjęcia obrzmień chorobowych w nosie, krtani, przełyku itd. W wielu przypadkach nie stanowiących wszakże większości operacye takie wieńczył pomyślny i trwały skutek.

Zupełnie inaczéj ma działać chirurgia w przypadkach drugiego rodzaju; ma bowiem wpływać wprost lub pośrednio na mózg, jako ośrodek, którego podrażnienie ma właśnie wywoływać napady padaczki. Tutaj to należą: podwiązanie tętnic kręgowych, wyjęcie jednego lub obydwóch najwyższych zwojów szyjnych nerwu współczulnego i rozmaite rękoczyny na samym mózgu a mianowicie korze mózgowéj. Wiadomo, iż na podstawie głównie doświadczeń fizyologicznych poznaliśmy położenie ośrodków ruchowych w korze mózgowéj dla różnych części ciała; w padaczce przeto Jacksonowskiéj czyli korowéj, osobliwie w tych przypadkach, w których kurcze epileptyczne, przynajmniéj z początku, ograniczają się do pewnych części ciała, możemy z wielką pewnością oznaczyć miejsce chorobą nawiedzone i zadziałać na nie operacyjnie. Niestety doświadczenie kliniczne nie poszło za teoryą i wcale rzadkiemi są przypadki, w których odcięcie kawałka odpowiedniego kory mózgowéj doprowadziło do trwałego a pomyślnego skutku. Przyczyny tego szukać należy najpodobniéj do prawdy w tem, że przyczyną padaczki nie są zmiany ogniskowe pierwotne w korze mózgowéj, lecz wychodzące z nich następowe zwyrodnienie (stwardnienie) i dlatego też najlepsze jest jeszcze rokowanie w przypadkach świeżych, w których nie przyszło do tych zmian następowych. (*Ther. Mtshefte*, listopad i grudzień 1892).

D.

Choroby zakaźne.

Lortet i Despeignes: Glisty i gruźlica.

Autorowie stwierdzili doświadczeniem, że prątki spożyte przez glisty przechodzą przez ich przewód pokarmowy nie tracąc żywotności i zdolności dalszego rozmnażania się: świnki morskie szczepione kałem glist prątki gruźlicze zawierającym zapadały bez wyjątku na ogólną gruźlicę. Z badań tych wypada, że glisty żywiąc się materyami zawierającemi prątki gruźlicze mogą przyrzut gruźliczy przenosić z miejsca na miejsce. (*Comptes rendus*. Tom 115, Nr. 1, 1892).

C. Schuchardt: Udzielanie się gruźlicy przez spółkowanie.

Autor twierdzi, że gruźlica nierzadko udziela się razem z przyrzutem wrzodu miękkiego i wiewióra (trypra) przez spółkowanie, wywołując gruźlicę gruczołów chłonnych pachwinowych i wewnętrznych narządów moczo-płciowych. Dwukrotnie miał sposobność operowania gruczołów pachwinowych gruźliczo zwyrodniałych bezpośrednio po powstaniu kilku wrzodów miękkich: w jednym z tych przypadków wydzielina wrzodu miękkiego zawierała prątki gruźlicze było to tedy zakażenie mięszane jadem wrzodu miękkiego i prątkami gruźliczemi. Podaje też 2 przypadki mięszanego zakażenia wiewiórem i gruźlicą: w jednym rozwinęło się gruźlicze zajęcie przyjądrza, w drugim gruźliczy ropień gruczołu krokowego.

Celem sprawdzenia, czy w wydzielinie wiewiórowéj (tryprowéj) znachodzą się prątki gruźlicze, badał w 60 przypadkach zwykłą ropę wiewiórową i w dwu z nich wykazał prątki gruźlicze.

(Lubo rezultaty powyższych spostrzeżeń są ciekawe, jednak wymagają stwierdzenia; wykrycie bowiem prątków gruźliczych w ropie jest rzeczą trudną i dopuszcza łatwo pomyłek rozpoznawczych. — *Przyp. ref.*). (*Langenbecks Archiv* XXXXIV, p. 448).

P. Kaufmann: Uproszczenie postępowania celem wykazania prątków gruźliczych w plwocinach.

Celem wyróżnienia prątków gruźliczych w preparatach szkiełkowych zabarwionych karbolofuksyną poleca autor zamiast traktowania roztworem kwasu azotowego i wyskokiem, poprostu opłukanie preparatu wrzącą wodą przez 1—5 minut, — przezto odbarwiają się wszystkie inne bakterye a gruźlicze barwę zachowują. Preparaty w ten sposób otrzymane nie są wprawdzie tak piękne jak odbarwiane zwykłym sposobem, lecz zupełnie wyraźne. Sposób ten prosty poleca autor przede wszystkiem lekarzom praktykującym. (Sposób rzeczywiście polecenia godny i dający zupełnie wystarczające rezultaty. *Ref.*). (*Centralblatt für Bakteriologie*, 1892, tom XII).

Th. Weyl: **Czy mogą cholera, dur brzuszny, wąglik udzielić się za pośrednictwem piwa?**

Autor zaprawiał czystemi hodowlami wibryonów cholerycznych różne gatunki piwa i w różnych odstępach czasu szczepił niem żelatynę peptonowo-mięsną, wylewając ją na płyty. Skutek był następujący: 1) w piwie jasnem, nie wyjałowionem, po upływie 24—48 godzin wibryonów nie było; 2) w piwie jasnem, wyjałowionem, znachodziły się jeszcze po 24 godzinach, lecz po 48 godzinach nigdy ich nie było; 3) w piwie wyjałowionem i zaprawianem węglanem sodowym, aż do słabéj reakcyi alkalicznéj, wibryony choleryczne istnieć mogły do 72 godzin.

Na podstawie tych badań autor uważa udzielanie się cholery za pośrednictwem piwa za możebne; radzi też, aby podczas panowania cholery szklanki i kufle na piwo były myte wodą sterylizowaną lub przynajmniéj przegotowaną.

(Z powyższego wypada wszakże, iż piwo przechowywane we flaszkach nie krócéj niż 48—72 godzin, luboby było zakażone zarazkiem cholerycznym, powinnoby być zupełnie wolne od wibryonów cholerycznych a zatem zupełnie bezpieczne. *Ref.*) (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 37, 1892).

A. Pick: **O wpływie wina na rozwój prątków durowych i cholerycznych**

Badania autora wykazują, iż prątki choleryczne i durowe w winie zmięszanem z równą ilością wody szybko giną a po upływie 24 godzin brakuje ich stanowczo. W winie tak białem jak czerwonem giną prątki choleryczne już po upływie 10—15 minut. Autor radzi tedy podczas panowania cholery pić wodę zmięszaną w równych częściach z winem z naczyń, w których stała przez 24 godzin. (*Centralblatt f. Bakteriologie*, T. XII, Nr. 9). *Dr. Poniklo.*

Notatki terapeutyczne.

1) Jednym z najskuteczniejszych, jak wiadomo, środków przeciw tasiemcowi jest wyciąg korzenia paprotki samczéj (*extum radd. filicis maris aethereum*), działa jednak nieraz jak trucizna a nawet znane są przypadki śmierci po użyciu tego środka właśnie przeciw tasiemcowi. Dlatego Dehorcau wpadł na pomysł zadawania tego środka razem z innemi, również przeciw tasiemcowi skutecznemi i zmniejszenia tym sposobem dawki potrzebnéj do pożądanego skutku. W tym celu przepisuje:

Rp. *Exti filicis maris 1·20*
Solve in
Chloroformii puri 3·60
Dein adde
Olei ricini 4·80
Olei crotonis semiguttam (ślad).

Płyn ten rozdziela na 12 kapsułek, z których przeto każda zawiera po 10 centygramów wyciągu, o którym mowa. Wystarczają one zupełnie do pożądanego skutku a nie ma żadnéj obawy o zatrucie. (*Les Nouveaux Remèdes* 1892, Nr. 19).

2) Przeciw bolesnym guzom krwawnicowym (*haemorrhoides*) zaleca Iliński obmywania słabym roztworem sublimatu a następnie posmarowanie ich maścią:

Rp. *Lanolini 50·00*
Vaselini americani 20·00
Aquae destil. 30·00
M. f. ungtum.

Można także tampony tą maścią powleczone wsuwać do jelita, poczem nieraz bardzo rychło ustępują ból i obrzmienie. (*Med. obozrn.* 1892, str. 405).

3) W wysiękach surowiczych okazały się Studeneckiemu skutecznemi antypiryn i antyfebryn z dodatkiem kofeinu lub sparteinu. Wysięki zmniejszały się rychło wśród obfitego oddawania moczu. (*St. Petersburger med. Wochschr.* Nr. 14, 1892).

(Ref. *Przeglądu Lekarskiego* przekonał się w takich przypadkach o skuteczności salicylanu sodowego działającego wśród obfitych potów a już dawniéj zalecanego).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7. grudnia 1892 r.

Przewodniczący kol. Poniklo — Członków obecnych 38.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Pieniążek przedstawiwszy polip śluzowy (*myxoma*), wycięty choremu, który zgłosił się do niego z powodu innego cierpienia, podniósł, że nowotwór ten, pomimo, że osadzony na tylnéj powierzchni podniebienia miękkiego przy nasadzie języczka, zwisał na szypułce w postaci gronka aż ku krtani, gdzie dolnym swym końcem dotykał się nagłośni, nie pociągał za sobą utrudnienia oddychania podczas czuwania a tylko podczas głębokiego snu, o czem chory wspomniał dopiero zapytany w tym kierunku.

3) Kol. Olszewski przedstawił nowy, zgrabny a swemu celowi odpowiadający przyrządzik tak zwany stetofonometr wynalazku Bettelheima i Gärtnera, przyczem zauważył, że już od dawna silono się na wynalezienie jakiegoś przyrządu, któryby dozwolił wyrażać w liczbach moc poszczególnych tonów i szmerów. I tak: Hessler podał słuchawkę zbudowaną na podobieństwo fletu, Moeli rurkę kauczukową, którą uciskał aż do chwili, w któréj niesłyszał już tonu, Vierordt zbudował przyrząd nader złożony a niedogodny i t. d.; wszystkie jednak nie odpowiadały celowi. Jak wiemy, dwojaką drogą przenoszą się tony za pomocą słuchawki do naszego ucha t. j. za pośrednictwem albo słupka powietrza w niéj zawartego albo materyału, z którego jest zrobioną. Otóż, jeżeli ostatnią przerwiemy, używszy częściowo do tego rurki kauczukowéj, co Bettelheim i Gärtner uczynili, to pozostanie tylko pierwsze przewodnictwo, dające się znowu stopniowo usuwać przez wycięcie szpary szerokiéj na 1·5 mm., którą można dowolnie skracać i wydłużać przesuwając nasadkę aż do chwili, kiedy już tonu nie słyszymy. Odpowiednia, dowolna podziałka, znajdująca się również na tym przyrządziku, podaje nam w liczbach wielkość oporu potrzebnego do zniesienia tonu a tem samem wyraża moc jego.

4) Kol. Wachholz odczytał swą pracę o samobójstwie wogóle, w szczególności zaś o samobójstwie w Krakowie od r. 1881 do 1892. W pracy téj omawia prelegent wszystkie czynniki, które na liczbę samobójstw wedle spostrzeżeń różnych autorów i zapisków statystycznych wpływają; uwzględnia więc kolejno wpływy teluryczne, kosmiczne, atmosferyczne, wreszcie wpływy socyalne. Również zastanawia się nad sprawą: czy samobójców uważać należy w zasadzie za umysłowo chorych, czy też nie. Rozdziela on samobójców na dwie kategorye: t. j. na takich, u których skłonność do samobójstwa jest następstwem braku poczytalności lub braku wolnéj woli, wywołanego myślami przymusowemi, i na takich, u których ciężkie kolizye moralne wsród zupełnego zdrowia umysłowego stanowią motyw do targnięcia się na własne życie. W końcu przechodzi kazuistykę samobójstw, które w ostatnich dwunastu latach w Krakowie się wydarzyły, ilustrując sposoby, któremi ich dokonano, uwagami sądowolekarskiemi, po których lekarz jest w możności odróżnić samobójstwo od skutku działania obcéj, wrogiéj ręki lub przypadku. Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

V. Wiadomości bieżące.

— Uroczystość jubileuszowa Pasteura, który skończył w dniu 27 grudnia r. z. 70 lat życia, odbyła się w tym dniu z niezwykłą okazałością w wielkim amfiteatrze nowego gmachu Sorbony. Jubilata wprowadził do sali sam Prezydent Rzeczypospolitéj francuskiéj Carnot, który też zebraniu przewodniczył mając koło siebie d'Abbadiego, prezydenta akademii umiejętności, Józefa Bertranda, jéj sekretarza stałego, prezesów obydwóch izb parlamentn, ciało dyplomatyczne i wszystkich

członków gabinetu. Na estradzie zajęli miejsca delegaci pięciu klas instytutu francuskiego, Akademii lekarskiéj i mnóstwa naukowych Towarzystw zagranicznych obok mężów innych nauki i świata politycznego, tudzież delegatów studentów różnych wyższych zakładów naukowych. Pierwszy zabrał głos Ch. Dupuy, minister oświecenia, i w mowie przerywanéj rzęsistemi oklaskami chwalił prace jubilata zdumiewające swym ogromem, cierpliwością i wytrwałością. „Umiejętność, za którą cały świat jest Panu wdzięczny, zyskała od Pana metodę pewną i zasady mocne, lecz zastósowanie ich dopiero co się zaczęło“.

Następnie d'Abbadie złożył Pasteurowi powinszowania imieniem Instytutu i wręczył wielki medal złoty wybity kosztem subskrypcyi międzynarodowéj.

W imieniu akademii umiejętności i rady administracyjnéj instytutu Pasteurowskiego złożył Bertrand hołdy swemu koledze i rzekł między innemi, żeby było bardzo trudno powiedzieć, jakie jest największe odkrycie Pasteura, ponieważ prace jego obejmują mineralogią, optykę, chemią organiczną, biologią i medycynę i wszędzie zostawiły po sobie głębokie ślady. — Daubrée przemawiając w imieniu sekcyi mineralogicznéj akademii umiejętności przypomina, że od mineralogii rozpoczął Pasteur swe prace umiejętne i że ta właśnie nauka wprowadziła go do Instytutu. Lister, znany całemu światu lekarskiemu chirurg angielski i wynalazca metody przeciwgnilnéj, wręczył jubilatowi adres królewskiego towarzystwa lekarskiego londyńskiego pisany własną ręką jego prezydenta a składając hołd w imieniu medycyny i chirurgii powiedział, że na całym swiecie niema nikogo, komuby tyle, co Pasteurowi, zawdzięczały wszystkie gałęzie nauki lekarskiéj. Bergeron, sekretarz stały akademii lekarskiéj, składając wyrazy uznania i podziwu przypomina, że na jéj posiedzeniu pamiętnem w dniu 27 października 1885 przedstawił Pasteur swe odkrycie ochrony od wścieklizny. Bertrand odczytał następnie długą bardzo listę uniwersytetów, akademij i towarzystw lekarskich, które nadesłały swe adresy Pasteurowi. Znajdujemy między niemi Towarzystwo lekarskie warszawskie i Towarzystwo Przyjaciół Nauk poznańskie, w imieniu którego przemawiał nasz Gałęzowski. Ruffier, mer miasta Dôle, miejsca rodzinnego Pasteura, złożył Jubilatowi w darze album w bogatéj szkatule ozdobionéj herbem miasta, zawierające podobiznę (*facsimile*) metryki urodzenia Pasteura i fotografią domu, w którym Pasteur przyszedł na świat w dniu 27 grudnia 1822. Daléj przemawiał Devise w imieniu studentów paryskich.

W końcu przemówił sam Pasteur widocznie bardzo wzruszony a podziękowawszy za wszystkie zaszczyty, jakie go właśnie spotkały, polecił synowi swemu odczytać mowę, w któréj oddał naprzód cześć wielkiéj pamięci fizyologa Klaudyusza Bernarda i wyznał się jego uczniem i naśladowcą a w końcu zwracając się do delegatów zagranicznych podziękował im za przybycie z daleka i okazanie Francyi sympatyi, oświadczył, że jest szczęśliwym jako ten, który wierzy, że nauka i pokój będą kiedyś tryumfować nad ciemnotą i wojną.

— Olbrzymie projekta wodociągowe. Zeszłoroczna cholera i widoczny jéj związek z wodą do picia dały powód do zastanowienia się znowu nad projektem inżyniera Rittera doprowadzenia wody do Paryża z jeziora nefszatelskiego a do miast w południowej Francyi z jeziora genewskiego.

Czerpanie wody ma się odbywać z głębokości 100 metrów, w któréj woda ma zawierać nadzwyczaj mało ciał organicznych i mikrobów a być wolną zupełnie od amoniaku i innych połączeń azotu. Temperatura jej ma być tak niska, że wody te doprowadzone do Paryża będą miały 10, na południu zaś Francyi co najwięcej 19 stopni Celzyusza ciepła.

Wodociąg z jeziora nefszatelskiego do Paryża miałby 470 kilometrów długości, w czém koło 255 kil. tunelów, między niemi jeden długi na 37 kil., wodociąg zaś z jeziora genewskiego dla Marsylii, Nîmes i Montpellieru 590 kilometrów, w których mieści się tunel o 40 kilometrach długości. Koszta obydwóch tych wodociągów obliczają na 960 milionów franków i spodziewają się, że będą mogli sprzedawać metr sześcienny ich wody po 9 do 10 centymów.

(b) W *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* 1891 donoszą Sonques i J. B. Charcot o nader ciekawem spostrzeżeniu tyczącem się dziewczyny 21-letniéj, która skutkiem nadmiernego rozwoju fałdów i zmarszczek na twarzy ma wejrzenie 75-letniéj kobiety. Autorowie dają stanowi temu nazwę *Géromorphisme*. W literaturze znajduje się zupełnie podobny przypadek, który opisał Rossbach pod nazwą *Rhytidosis*, a który dotyczył młodego człowieka, wyglądającego z powodu licznych zmarszczek jak zgrzybiały starzec.

— *Nowosti* donoszą, że Towarzystwo wstrzemięźliwości w Petersburgu za staraniem naszego rodaka, docenta Dra Danilły, ma urządzić specyalny szpital dla nałogowych pijaków na 30 łóżek w okolicy Jamburga. Koszta utrzymania wynosić będą rocznie około 9000 rs.

— Prof. Nencki miał wykład w Towarzystwie lekarskiem w Petersburgu, w którym dowodzi, że prątek przecinkowy Kocha sam przez się nie sprowadza choroby, lecz dopiero w połączeniu z dwoma innymi mikroorganizmami wywołuje chorobę i śmierć. Bliższe szczegóły ma dopiero ogłosić.

— Według urzędowych źródeł po dzień 1-go listopada r. z. zachorowało w Rosyi europejskiej ogółem 324.356 osób, z tych zmarło 148.694. W pozostałych prowincyach zachorowało 223.643, których zmarło 116.053, czyli, że ogółem było chorych 547.999, a zmarło 264.747.

— Dr. Jan Wojtaszek mianowany bezpłatnym c. k. asystentem sanitarnym i przydzielony do c. k. Starostwa w Krakowie.

— We francuskich wydziałach lekarskich zapisanych jest w bieżącem półroczu 18545 uczniów, z których najwięcéj, bo 10212, przypada na Paryż, najmniéj zaś, bo 140, na Besançon. Z uniwersytetów angielskich liczy Oksford 3212 a Cambrigde 2909 uczniów medycyny.

— **Nekrologia**. W dniu 18 grudnia r. z. zmarł w Richmondzie Ryszard Owen w 89 roku życia, naprzód od r. 1835 konserwator muzeum College of Surgeons, następnie profesor anatomii i fizyologii w królewskim instytucie w Londynie i inspektor starszy działu przyrodniczego w Muzeum brytańskiem. — W Warszawie zmarł w dniu 29. z. m. Dr. Tomasz Wróblewski, we Lwowie w dniu 2. stycznia Dr. Kazimierz Gozdawa Godlewski, lekarz szpitalny, w Odesie Dr. Jan Czarnocki, współpracownik *Gazety lekarskiej* w 32 roku życia.

— **Konkurs**. Władza obwodowa w Banialuce w Bośnii rozpisuje konkurs na posadę lekarza miejskiego w Novi, stacyi kolejowéj. Obowiązkiem jego będzie załatwiać czynności policyjno-lekarskie i bezpłatnie leczyć miejscowych ubogich. W Novi jest apteka. Wymaga się doktoratu wszech nauk lekarskich otrzymanego w uniwersytecie austryackim lub węgierskim, znajomości języka bośniackiego lub innego słowiańskiego, dowodu zdrowia i praktycznego uzdolnienia. Zglaszać się należy niezwłocznie.

Korespondencya redakcyi.

Spełniając życzenie wielu Kolegów otwieramy w *Przeglądzie Lekarskim* niniejszem rubrykę, w której odpowiadać będziemy na zapytania czytelników i abonentów naszego pisma w sprawach tyczących się zawodu lekarskiego w ogólności. Jeżeliby odpowiedź nie nadawała się z jakiegokolwiek powodu do druku, wyślemy ją listownie i dlatego upraszamy Szanownych korespondujących o wyraźny podpis i dokładny adres.

— W celu ułatwienia kolegom członkom Towarzystwa lekarskiego krakowskiego podpisania adresu do kol. prof. Halbana będzie ten adres do podpisu w księgarni Wgo Krzyżanowskiego od poniedziałku 9. b. m. do soboty 14. b. m. włącznie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 14. Stycznia 1893. Nr. 2.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. O operacyi zaćmy bez wycięcia tęczówki.

Napisał

Dr. E. Machek,

Prymaryusz oddziału okulist. w szpitalu kraj. we Lwowie.

Jakkolwiek sposób Graefego operowania zaćmy schyłkowej zdawał się najlepiej uzasadniony i pomyślną statystyką poparty, nie brakło zabiegów, których celem było ulepszenie tego sposobu. Zmiany, które wprowadzono w wykonaniu operacyi, powiedzmy ulepszenia, dotyczyły początkowo nie tak ważnych szczegółów, jak wielkości płata spojówkowego, prowadzenia cięcia rogówkowo-twardówkowego, sposobu przecinania torebki i t. p. Pomimo to operacya Graefego pozostawiała zwłaszcza co do przebiegu sprawy gojenia się w dość poważnej liczbie przypadków wiele do życzenia a okoliczność ta uprawniała w pewnéj mierze do dalszych usiłowań, dążących do ulepszenia operacyi zaćmy. Naprzód Wecker a za nim Gałęzowski i Knapp wracają do cięcia rogówkowego i operują zaćmę bez irydektomii. Postępowanie to odstępuje już zupełnie od sposobu operowania Graefego, którego charakterystycznemi znamionami są cięcie rogówkowo-twardówkowe i irydektomia. Wracamy przeto do sposobu operowania zaćmy wskazanego już przez Daviela i Beera z cięciem rogówkowem, płatowem, z tą tylko różnicą, że je wykonywamy ku górze a nie ku dołowi. Schweiger nie bez słuszności wrócił nawet do trójkątnego nożyka Beera.

Objąwszy w marcu zeszłego roku posadę prymaryusza oddziału okulistycznego w powszechnym szpitalu we Lwowie, który co do olbrzymiego materyału może stanąć obok największych zakładów okulistycznych, i mając sposobność operowania, wielkiej liczby zaćm schyłkowych, postanowiłem operować pewną ilość zaćm nowszym sposobem bez irydektomii, aby doświadczyć, jakie są korzyści tego sposobu w porównaniu z operacyą Graefego. W przeciągu pierwszych dziesięciu miesięcy mojej czynności na oddziale operowano 121 zaćm a z pomiędzy nich 51 bez irydektomii. Te ostatnie nastręczyły sposobność do tylu pouczających spostrzeżeń, że nie bez korzyści będzie, co zresztą z toku rzeczy wypadnie, ogłosić je już teraz. Chociaż bowiem inni, jak Knapp, Schweiger i Hirschberg, znaczną ilość zaćm operowali bez irydektomii a z wykazów wielu zakładów widać, że w tym kierunku robi się doświadczenia, przecież odnoszących się do tego szczegółowych publikacyj jest jeszcze bardzo mało, a spór, który ze sposobów operowania bardziej się zaleca, dotąd nieroztrzygnięty.

Operacyę zaćmy bez irydektomii wykonano, jak już wspomniałem, 51 razy u 43 osób, a więc u 8 osób na obu oczach. Zaćmy były samorodne, niepowikłane, dojrzałe albo nieco przejrzałe; w trzech przypadkach była kora rozwodniona a jądro opadłe; w jednym zaś przypadku zaćma miękka. Z tych 35 osób, u których tylko na jednem oku operowano zaćmę bez irydektomii, wykonano u 10 osób na drugiem oku operacyę dawnym obwodowym liniowym sposobem Graefego z modyfikacyami dotyczącemi wycięcia płatu spojówkowego i prowadzenia cięcia, które przyjął Rydel od r. 1874, a które znane są czytelnikom „Przeglądu“ z jego sprawozdań o operacyach zaćmy. Postąpiłem tak z tego powodu, aby łatwiej porównać korzyści i niekorzyści jednego i drugiego sposobu i stwierdzić wpływ operacyi na bystrość wzroku. Wiadomo, jak mianowicie chorzy oddziaływają na zabieg operacyjny, jak w jednym przypadku resztki z łatwością ulegają wessaniu, w innych drażnią, a znowu w innych przypadkach pozostają niewessane w źrenicy i tworzą grubą zaćmę wtórorzędną. Natomiast u tych samych chorych warunki wydobycia zaćmy i resztek, daléj reakcya po operacyi, są te same. Jeżeli przeto chcemy ocenić, jak n. p. operacya wpływa na bystrość wzroku, to najlepiej porównać przypadki, w których równe istnieją warunki co do wydobycia i wessania resztek. Niewątpliwie zaś najpodobniejsze warunki będą u tej samej osoby

w jednem i w drugiem oku, przypuściwszy, że zaćma znajduje się w przybliżeniu w tym samym okresie dojrzałości.

U mężczyzn wykonano operacyę 20 razy, u kobiet 31 razy. Tu nadmienić muszę, że w ogólności dobierałem do tej operacyi przypadki, w których można było wykluczyć wszelkie powikłania i w których sądzić było wolno, że chorzy po operacyi spokojnie będą się zachowywać i nie są ani bardzo osłabieni, ani w wieku bardzo podeszłym. Wzgląd ten był wskazany, raz z powodu, że z góry uważałem operacyę bez irydektomii za nie tak pewną, jak operacyą obwodową liniową, a powtóre z ostrożności wobec nowości sposobu operowania. Dlatego chętniéj operowałem kobiety niż mężczyzn, gdyż doświadczyłem, że kobiety w ogólności spokojniéj się zachowują po operacyi i cierpliwiéj leżą. Z mężczyzn operowanych miał jeden z zaćmą miękką lat 22, reszta od 47 do 76, z kobiet najmłodsza miała 33, najstarsza 76 lat. Tu nawiasem tylko wspomnę, że prawdziwość twierdzenia Rydla co do wpływu częstych porodów w połączeniu ze zbyt długiem karmieniem na wcześniejsze powstawanie zaćmy schyłkowéj u kobiet, prawie bez wyjątku stwierdzić mogłem. Nasza najmłodsza chora urodziła i wykarmiła ośmioro dzieci a ciemna była już trzeci rok; ociemniała więc skutkiem zaćmy mając lat 30.

Zanim opiszę szczegóły operacyi, wspomnę w ogólności o zabiegach poprzedzających operacyę i opiszę w krótkości jej przebieg. Dzień przed operacyą kąpiel oczyszczająca, golenie brody, strzyżenie, środki rozwalniające. Co dwie godzin zapuszcza się roztwór sublimatu 1:5000 do worka spojówkowego. Bezpośrednio przed operacyą przemycie worka spojówkowego, powiek i twarzy sublimatem. Operacya: Znieczulenie 5% kokainą. Rozwórka Snowdena. Cięcie rogówkowe, które poniżéj dokładnie opiszę, prowadzę tak, aby nożyk Graefego przeciął rogówkę przy brzegu rogówkowo-twardówkowym, a więc bez płata spojówkowego (cięcie więcéj przybrzeżne), albo tak, aby wierzchołek ranki rogówkowéj był na 1 ½ do 2 mm. oddalony od górnego brzegu rogówki. Przecina się torebkę haczykiem, jak przy operacyi obwodowéj liniowéj, najczęściéj sposobem podanym przez Rydla. Soczewkę wypiera się uciskając rogówkę łyżeczką Daviela. Soczewka wypiera tęczówkę z ranki. Po wystąpieniu soczewki z oka i, o ile można, należytem wydaleniu resztek wyjmuje się rozwórkę Snowdena, po czem prawie we wszystkich przypadkach tęczówka bez użycia narzędzi cofa się z ranki i zajmuje położenie prawidłowe (reponuje się). Nakoniec zapuszcza się 1% roztwór ezeryny. Oko nakrywa się watą zmaczaną w roztworze sublimatu. Narzędzia tępe przed każdą operacyą oczyszcza się przez długie gotowanie: ostre macza się tylko we wrzącéj wodzie i w roztworze sublimatu.

W 10 przypadkach wykonałem operacyę o tyle w sposób odmienny, że torebki soczewkowéj nie przecinałem haczykiem Graefego podczas cięcia rogówkowego. Sposób dawniéj używany, zaniechany a stosowany w ostatnich czasach ponownie przez Gayeta, Gałęzowskiego, Moorena i Knappa. (*Archiv. f. Augh. XXII*). Sposób ten upraszcza bardzo operacyę zaćmy a do wykonania operacyi wystarcza nożyk Graefego i jedno cięcie.

Przebieg operacyi.

Cięcie: Wbija się nożyk Graefego, trzymany ostrzem ku górze i przodowi w twardówkę w odległości 1 mm. od skroniowego brzegu rogówki a na 2·5 do 3 mm. poniżéj linii stycznéj do najwyższego punktu obwodu rogówkowego; przeprowadziwszy go przez komórkę przodkową i wykluwszy koniec jego po drugiéj stronie rogówki symetrycznie do punktu wkłucia, zwraca się ostrze tak bardzo ku przodowi, aby płaszczyzna noża należycie przedłużona rogówkę przecięła, poczem kończę cięcie kilkoma pociągnięciami piłowemi. Naturalnie, że od stopnia zwrócenia ostrza noża ku przodowi zależy, w jakiem oddaleniu znajdzie się wierzchołek cięcia rogówkowego od górnego brzegu rogówki. Otóż jednę część operacyi wykonałem tak, że wierzchołek cięcia rogówkowego znalazł się przy górnym brzegu rogówki, inną część tak, że wierzchołek cięcia był na 2 mm. od tegoż brzegu oddalony. Pierwsze cięcie było więcéj przybrzeżne i przypomina pierwotne cięcie Weckera (1875), drugie więcéj ku przodowi zwrócone przypomina cięcie Gałęzowskiego (1883), z tą różnicą, że cięcie zastosowane w naszych przypadkach jest rogówkowo-twardówkowe, a tamte były cięciami czysto rogówkowemi. Środek naszego cięcia leży w rogówce a końce jego na 1 mm. po każdéj stronie w twardówce, skutkiem czego jest znacznie dłuższe od każdego cięcia rogówkowego. Długość cięcia ułatwia wystąpienie soczewki, ułatwia wyparcie resztek i zapobiega ugnieceniu tęczówki.

Ze względu na cięcie, jak już wspomniałem, podzielić trzeba nasze operacye na dwie gromady. Do pierwszéj należą przypadki, w których wierzchołek cięcia znajdował się przy brzegu rogówki, do drugiéj, w których wierzchołek cięcia był na 2 mm. od brzegu rogówkowego oddalony. Pierwsze cięcie (przybrzeżne) wykonano 18 razy, drugie cięcie 26 razy. Pośrednio wreszcie pomiędzy jednem a drugiem wypadło cięcie 7 razy. Cięcie drugie w porównaniu z cięciem przybrzeżnem okazało się o wiele lepsze. Korzyści tegoż są następujące: 1) łatwiejsze wydobycie soczewki, 2) mniejsze wydęcie tęczówki przy wypieraniu soczewki, 3) rzadsze opadanie tęczówki po operacyi.

Im bardziéj wierzchołek cięcia rogówkowego zbliżony jest do wierzchołka (środka) rogówki, tem łatwiéj wydobyć można soczewkę bez wielkiéj dyslokacyi tęczówki. Jeżeliby cięcie było obwodowe, linijne, to tęczówka zatykałaby rankę. Aby wydobyć soczewkę, trzeba wykonać irydektomię. Bez niéj trudnoby wykonać operacyę zaćmy cięciem Graefego. Mniéj przesuwa się tęczówkę przy cięciu przybrzeżnem, lecz zawsze o wiele więcéj, niż przy cięciu, którego wierzchołek jest o 2 mm. od górnego brzegu rogówkowego oddalony. Tutaj tęczówka mało co tamuje soczewce przystęp do ranki, drogę mało co zastępuje; dlatego soczewka łatwiéj z ranki występuje. Prawda, że soczewka mając wystąpić przez rankę, tak bardzo od brzegu soczewkowego oddaloną, musi pierwéj skręcić się dość znacznie około swojéj osi pozioméj brzegiem górnym ku przodowi. I istotnie ruch ten wykonywa soczewka, jak doświadczenie mnie pouczyło, z wielką łatwością w chwili, kiedy łyżeczką Daviela dotykamy się dolnéj połowy rogówki celem wypierania soczewki. Dalszą dodatnią stroną tego cięcia, jak wspomniałem, jest to, że tęczówka rzadziéj opada. Już Mackenzie omawiając opadnięcie tęczówki przy płatowych operacyach zaćmy i wrastanie tęczówki w rankę przy operacyi Graefego, wypowiedział przed wielu laty zdanie: „Że opada tęczówka tem częściéj, im bardziéj jest oddalone cięcie, którem otwieramy przodkową komórkę, od centrum rogówki“. Statystyka

wreszcie wykazuje zgodnie z powyżej przytoczonem zdaniem, że operatorzy, którzy używają cięcia rogówkowego oddalonego bardziéj od brzegu twardówkowego, mają najmniejszą ilość opadnięć tęczówki. Do nich należą Gałęzowski i C. S. Bull. H. Knapp w ostatniem zdaniu sprawy podaje, że w przyszłości zamierza, operując zaćmy bez irydektomii, stosować cięcie Gałęzowskiego. Opadnięcie tęczówki, o czem niżéj jeszcze mówić będziemy, wydarzyło się 8 razy na 51 przypadków. Na 18 przypadków z cięciem przybrzeżnem 4 razy, na 26 z cięciem, którego wierzchołek był na 2 mm od brzegu twardówkowego oddalony, 3 razy; przy cięciu pośredniem raz na 7 przypadków, przyczem dodać należy, że największe opadnięcia, zajmujące całą rankę, zdarzały się zgodnie z powyższem rozumowaniem, właśnie w przypadkach z cięciem przybrzeżnem.

Cięcie nie przedstawia trudności. Mogę śmiało powiedzieć, co a priori zdawało się niepodobnem, że technika operacyi obwodowéj, liniowéj jest pod każdym względem trudniejsza, niż operacyi bez irydektomii. Dwa razy wpadła tęczówka pod nóż i wtedy ją wycięto. Przypadków tych niezaliczano do operacyi bez irydektomii, tylko do operacyi z irydektomią z odmiennem cięciem. Zdarzyło się to w początkach skutkiem takiego prowadzenia noża, że pewna ilość cieczy wodnéj odpłynęła przed ukończeniem cięcia. Wskazanemby było przeciąć rogówkę jednem cięciem, jak w operacyi Beera, aby brzegi ranki były idealnie gładkie, co łatwo się może nie udać, prowadząc cięcie nożykiem Graefego z powodu ruchów piłowych. Nie bez słuszności używa Schweiger trójkątnego nożyka do téj operacyi a Wecker nożyka własnéj konstrukcyi.

Cięcie rogówkowe wogóle ma jeszcze jedną zaletę, mianowicie brak krwotoków podczas i po operacyi. Zdarzało mi się, że nawet w takich przypadkach, w których irydektomię wykonałem na kilka tygodni przed operacyą obwodowo-liniową, wystąpił po cięciu Graefego krwotok do przodkowéj komórki, który wielce utrudnił przecięcie torebki i wydobycie soczewki. Krew krzepnie i nie zawsze da się wyprzeć z komórki przodkowéj. Krwotoki zaś z ranki po operacyi Graefego, nie rzadko dają powód do przewlekłego zapalenia, a co najmniéj, do przedłużenia leczenia pooperacyjnego. To też w tych przypadkach, w których z powodu stwardnienia naczyń obawiam się krwotoku, gdzie naczynia przytwardówkowe są pokręcone, zgrubiałe, tam nawet przy operacyi z irydektomią prowadzę cięcie rogówkowe przybrzeżne — jak dotąd — z najlepszym skutkiem.

Do ujemnych stron cięcia rogówkowego należy brak płata spojówkowego. Zwolennicy cięcia rogówkowego i operacyi zaćmy bez irydektomii spodziewali się, że postępowanie przeciwgnilne zapobiegnie zakażeniu. Nie ulega wątpliwości, że obecnie antyseptyka obniżyła odsetkę spraw zakaźnych i że dziś z mniejszą obawą przed ropieniem do operacyi przystępujemy. Z należytą ścisłością nie da się jednakże w okulistyce postępowanie przeciwgnilne przeprowadzić a brak płata spojówkowego prawdopodobnie da się uczuć. Z naszych przypadków jeden utraciliśmy skutkiem ropienia rogówki, które się rozpoczęło od brzegów ranki.

Daléj należy na niekorzyść cięcia rogówkowego policzyć zdarzające się niegładkie zgojenie brzegów ranki, skutkiem czego brzeg rogówkowy ranki nie przystaje dokładnie do brzegu twardówkowego. Pozostaje tedy zagłębienie linijne odpowiadające cięciu rogówkowemu. Knapp nazywa takie zgojenie *reitender Lappen*. Zagłębienie może się stać i późniéj wyborną wylęgarnią dla ustrojów drobnowidowych. Nam się zdarzył raz taki przypadek nieprzystającego zgojenia. Przy tem także krzywizna rogówki bywa nieprawidłową, co może w znacznym stopniu upośledzić bystrość wzroku. Wreszcie zdarza się, że ranka rogówkowa albo zbyt słabo, albo bardzo późno się zrasta. W jednym przypadku, zresztą z pomyślnym przebiegiem, przodkowa komórka była przez 10 dni płytka, wreszcie głęboka, późniéj znowu kilka razy ciecz wodna odpłynęła i nagromadziła się, a dopiero od 26-go dnia pozostała stale głęboka. Oko ledwie ślad zadrażnienia wykazywało.

P r z e d a r c i e t o r e b k i: 1) Soczewkę wydobyto wraz z torebką bez przedarcia tejże 2 razy. 2) Przecięto torebkę haczykiem ostrym, jednym ze sposobów używanych przy operacyi Graefego, (cięcie Pagenstechera, Arlta albo Rydla) 39 razy. 3) Przecięto torebkę nożykiem Graefego podczas cięcia rogówkowego 10 razy. W obu przypadkach, w których wydobyto soczewkę razem z torebką, nie było upływu ciałka szklannego. Kora była rozwodniona a torebka zgrubiała.

W przypadkach, w których przecięto nożykiem torebkę, wykonano to pięć razy w górnéj połowie źrenicy, mniéj więcéj poziomo (H. Knapp), pięć zaś razy pionowo (Gayet — Gałęzowski). Przy tem nigdy nie skaleczyłem tęczówki, czego się Knapp obawia. Aby jeden sposób przedstawiał jakie korzyści przed drugim, tego nie spostrzegałem. Późniejsze dyscysye były zbyteczne, gdyż bystrość wzroku była dostateczna V $^{6}/_{60}$—$^{6}/_{12}$, w każdym zaś razie nie można się było spodziewać poprawy po przedarciu zaćmy wtórorzędnéj. Wiadomo, że Knapp zaleca cięcie poziome, jako korzystniejsze do późniejszéj dyscysyi.

Trzeba przyznać, że ten sposób operowania ma pewne zalety. Jedna z chwil operacyjnych odpada, gdyż cięcie rogówkowe i przecięcie torebki wykonywa się prawie równocześnie. Jednego z narzędzi, haczyka, który najtrudniéj oczyścić, nie wprowadza się do oka. Wśród operacyi wchodzi do oka tylko nóż gładki i ostry, który łatwo oczyścić. Rzeczywiście zakażenie oka narzędziami przy tym sposobie operowania staje się bardzo nieprawdopodobnem.

Zapewne, że w razie wązkości źrenicy dostateczne przecięcie torebki jest bardzo trudne. Po zapuszczeniu jednakże kokainy, źrenica zazwyczaj dostatecznie się rozszerza. Knapp podaje, że technika tego cięcia jest trudna. Istotnie zdarzyć się może, że podczas cięcia torebkowego wypłynie ciecz wodna, co może utrudnić ukończenie prawidłowego cięcia rogówkowego albo tęczówka wpaść może pod nóż. W moich przypadkach żaden z tych przypadów się nie zdarzył. Przeciwskazany jest ten sposób operowania w razie bardzo wązkiéj źrenicy, płytkiéj przodkowéj komórki i zgrubiałéj torebki.

W y d o b y c i e s o c z e w k i: 1) Wydobyto soczewkę z torebką szczypczykami 2 razy. 2) Wyszła z łatwością wypierając przed sobą tęczówkę poza rankę (na zewnątrz) 37 razy. 3) Wyszła tak, że tęczówka po za rankę nie została wyparta, 2 razy. 4) Użyto pomocy asystenta, który ostrym haczykiem nakłówa soczewkę, kiedy już wystaje z ranki, i ratując soczewkę ułatwia jéj wystąpienie, 10 razy.

Wyparcie soczewki według moich spostrzeżeń jest w razie dostatecznego cięcia rogówkowego tem łatwiejsze, im bardziéj wierzchołek cięcia rogówkowego zbliżony jest

do wierzchołka (*centrum*) rogówki. Uciskając łyżeczką Daviela dolną część rogówki, przenosi się ucisk na soczewkę, która ulega chwilowemu zwichnięciu, obracając się około osi pozioméj, przebiegającéj z prawéj ku lewéj stronie. Górny brzeg soczewki zbliża się do ranki i wchodząc w nią niejako ją zatyka. W tem położeniu każdy ucisk wywarty na oko wypycha soczewkę. — Przypuśćmy, że soczewka przylega do rozwartych brzegów ranki, to nawet upływ ciałka szklanego nastąpić nie może, dopóki soczewka nie zostanie wypartą. W cięciu obwodowem soczewka nigdy tak nie wypełni ranki i zawsze miejsca jest dość, w którem może się po przedarciu więzadełka pokazać perełka ciałka szklanego. Doświadczenie poucza, że w cięciu rogówkowem rzadszy jest upływ ciałka szklanego, niż przy cięciu obwodowem, liniowem. W żadnym z naszych przypadków nie ukazało się ciałko szklane przed wydobyciem soczewki. Zastósowa nie pętli nie było wskazane. W jednym tylko przypadku, przy wypieraniu resztek, ukazała się perełka ciałka szklanego.

Źrenicę z resztek można było oczyścić równie jak przy operacyi z irydektomią. Łatwo nabyć potrzebnéj wprawy, aby, uciskając powiekami rogówkę, wyprzeć z łatwością pozostałe resztki, przy czem należy unikać dotykania się powieką tęczówki wystającéj z ranki. Trochę znaczniejsze resztki pozostały w dwóch przypadkach; w dwóch innych można było dnia następnego spostrzegać pęczniejące resztki w przodkowéj komórce.

Repozycya tęczówki: Przyczyną utrudnienia repozycyi jest najczęściéj rozwórka, która albo wprost uciska gałkę oczną albo skłania operowanego do mimowolnego kurczenia wszystkich mięśniów zewnętrznych ocznych, gdyż czuje on przyrząd w oku i obawia się bólu. Należy przeto po wyparciu soczewki z ranki natychmiast rozwórkę wyjąć ze szpary powiekowéj. Zaraz po wyjęciu chory się uspakaja a kurcz mięśniów zewnętrznych ustępuje, skutkiem czego tęczówka prawie zawsze cofa się z ranki i zajmuje położenie prawidłowe (*Repositio spontanea*). Jeżeli tęczówka wklinuje się w rankę, wystarczy lekki ucisk powieką dolną wywarty na gałkę, który rozwiera rankę, aby się tęczówka wycofała. W pierwszych 20 przypadkach, w których reponowaliśmy przed wyjęciem rozwórki, była w 14 przypadkach potrzebna repozycya narzędziami. W ostatnich 31 przypadkach reponowała się tęczówka sama. (Dok. nast.)

II. W sprawie podwiązania żyły udowej.

Podali

Doc. Dr. Rudolf Trzebicky i Dr. Stanisław Karpiński.

(Dok. Patrz Nr. 1.)

Równie ważnym wydał nam się i wybór płynu do wlewania. Masy kitowéj Teichmanna zużytkować tutaj nie mogliśmy, gdyż pomimo przecedzenia z trudnością i to nie zupełnie przechodzi przez naczynia włosowate. Po kolei próbowaliśmy różnych płynów i roczynów a wkrótce przekonaliśmy się, że z tych tylko niektóre odpowiadają naszemu celowi. Przede wszystkiem zaniechaliśmy używania wszelkich roczynów wodnych, gdyż podczas ich wlewania powstawały znaczne obrzęki, które wpływały nadzwyczaj niekorzystnie na skutek doświadczeń. Najwięcéj odpowiadały naszemu celowi terpentyna, nafta i dwusiarczek węgla. Przed użyciem dwóch pierwszych musiano zawsze wpierw wypłukać krew z naczyń dokładnie za pomocą dwusiarczku węgla, gdyż pod wpływem tych płynów pozostająca w naczyniach krew tworzyła grudki, które następnie zatykały naczynia włosowate. Płyny jak: olej lniany i oliwę musiano rozrzedzać terpentyną, gdyż nierozrzedzone nader trudno i powoli przechodziły przez naczynia włosowate.

Doświadczenia przeprowadzano w sposób następujący: Przedewszystkiem podwiązywano tętnicę biodrową wspólną (zwykle prawą) i tętnicę podbrzuszną (*art. hypogastrica*) a niekiedy obkłuwano nadto tętnicę nadbrzuszną dolną (*art. epigastrica inferior*) powyżéj więzu Pouparta. Tętnicę podwiązywano w pierwszych doświadczeniach pod otrzewną. Później jednak zaniechano tego sposobu a dostawano się do tętnicy cięciem przez ścianę brzuszną i otrzewną. Następnie cały układ naczyń tętniczych, z wyjątkiem części przez podwiązanie oddzielonéj, nastrzykiwano masą kitową Teichmanna. Po odjęciu strzykawki, co robiono dopiero po zupełnem skrzepnięciu masy (średnio po 24 godzinach) odsłaniano tętnicę biodrową lub udową, żyłę czczą i żyłę biodrową, ostatnią na wysokości gałęzi poprzecznéj kości łonowéj, lub żyłę udową bezpośrednio poniżéj więzu Pouparta, oszczędzając jednak wszędzie, o ile możności, tkanek otaczających, a po usunięciu z nich skrzepów i krwi, w sposób wyżéj podany, zakładano rurki do tętnicy biodrowéj lub udowéj i do żyły głównéj dolnéj (albo poniżéj wątroby albo na przejściu jéj przez otwór czworoboczny *for. quadrilaterum*). Rurka tkwiąca w tętnicy była połączona z przyrządem składającym się z wielkiego lejka szklanego i na dwa metry długiéj rury kauczukowéj o średnicy 2 ctm., połączonéj z manometrem rtęciowym. — Przez ustawianie lejka w różnéj wysokości można było dowolnie zmieniać ciśnienie, pod jakiem płyn miał wpływać. Rurę kauczukową i lejek napełniano wpierw dwusiarczkiem węgla a, skoro ten wypłynął, terpentyną, naftą lub innemi cieczami.

Przed rozpoczęciem właściwego doświadczenia przepłukiwano przez jakiś czas, mniéj więcéj $^1/_4$ do $^1/_2$ godziny, naczynia dokładnie dwusiarczkiem węgla a następnie, napełniwszy rurę terpentyną lub naftą aż po znak umieszczony na szyjce lejka, wlewano do ostatniego pewną stale oznaczoną ilość tegoż samego płynu i oznaczano czas potrzebny do wpłynięcia téj ilości do tętnic. W ten sposób oznaczano z łatwością ilość płynu, który wlał się do tętnic w ciągu sekundy. Płyn wyciekający z drugiéj rurki, założonéj do żyły głównéj dolnéj za pośrednictwem rurki kauczukowéj, wlewał się do naczynia szklanego z podziałką; tym sposobem oznaczano ilość płynu wyciekającego w tymże samym czasie, co następnie obliczano również na sekundę. Obydwie rurki wyżéj wspomniane opatrzone były w zaciskacze, które każdym razem na początku doświadczenia otwierano i to równocześnie a zamykano w chwili, kiedy powierzchnia płynu w lejku obniżyła się do znaku na szyjce umieszczonego. Doświadczenia te same powtarzano dopóty, dopóki cyfry uzyskane w kilku bezpośrednio po sobie następujących obserwacyach nie okazały się zupełnie równemi. Wtedy podwiązywano żyłę udową lub żyłę biodrową zewnętrzną w miejscu wpierw odsłoniętem, przywiązując ją mocno do małego wałeczka drewnianego, by módz w danym razie żyłę napowrót zrobić drożną bez uszkodzenia jej ścian. W tych warunkach powtarzano znowu kilka razy doświadczenie, przyczem bądź kończynę lekko masowano, bądź położenie jej zmieniano na skośne lub pionowe.

Ilość wpływającego i wypływającego płynu w tymże samym czasie przed i po podwiązaniu, względnie różnica liczb uzyskanych przed i po operacyi, były dla nas miarą do sądzenia o utrudnieniu krążenia wskutek podwiązania żyły.

Z całego szeregu doświadczeń wykonanych przytaczamy tylko te, których przebiegu żaden przypadek nie zaburzył, opuszczamy zaś te, których rezultaty zgadzają się zupełnie z przytoczonemi, pomijamy również doświadczenia, w przebiegu których wkradł się jakikolwiek błąd.

Doświadczenie I. Zwłoki bardzo wychudłe osobnika 26 lat liczącego, zmarłego z powodu gruźlicy płuc (*phthisis pulmonum*). Po przygotowaniu ciała w sposób wyżéj dany wprowadzono rurkę do tętnicy biodrowéj zewnętrznéj prawéj, żyłę zaś udową na wysokości więzadła Pouparta przygotowano do podwiązania. Do doświadczenia w tym razie użyto czystéj terpentyny.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły gł. dolnéj w ctm. sześć	Uwaga.
1	1	—	600		120	—	
2	1	—			53	440	
3	1	—			53	465	
4	—	1			63	380	Żyły podskórne mocno nastrzykane, Terpentyna wypływająca z żyły gł. dolnéj zawierała wiele strzępów krwi skrzepłéj.
5	—	1			58	445	
6	—	1			56	385	
7	—	1			54	385	
8	—	1	500	56	55	385	Wskutek pionowego ustawienia kończyny wypłynęło prócz tego 120 ctm. sześć.
9	—	1			64	420	kończ. ustaw. pion.
10	—	1			73	435	„
11	—	1			74	420	„
12	—	1			45	285	Kończ. ust. poziom.
13	—	1			54	368	
14	1	—			42	455	
15	1	—			40	465	Wskutek pionowego ustawienia kończyny wypłynęło prócz tego 160 ctm. sześć.
16	1	—			68	445	Kończ. ustaw. pion.
17	1	—			70	440	„

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wypłynęło	różnica
Nr. 3. Przy żyle wolnéj	9·4 ctm. sz.,	8·7 ctm. sz.	0·7.
Nr. 8. Przy podwiązaniu żyły	9·0	7·0	2·0.
Nr. 9. Przy podwiązaniu żyły a pionow. ustaw. kończ.	7·8	6·5	1·3.
Nr. 11. dtto	6·7	5·6	1·1.
Nr. 13. Przy podwiązaniu żyły a poziom. ustaw. kończ.	9·2	6·8	2·4.
Nr. 15. Przy żyle wolnéj	12·5	11·6	0·9.
Nr. 17. Przy żyle wolnéj a pionowem ustaw. kończ.	7·1	6·3	0·8.

Jeżeli przyjmiemy doświadczenie pod l. 3, najwięcéj odpowiadające stosunkom prawidłowym, za podstawę i porównywać będziemy z niem inne, to znajdziemy, że w doświadczeniu ósmem różnica ilości płynu wlanego a wyciekłego w ciągu sekundy jest o 1·3 ctm. sz. większą od prawidłowéj czyli że zastój żylny odpowiadający téj liczbie powstał li tylko przez podwiązanie żyły. Wśród podwiązania żyły i równoczesnem pionowem ustawieniu kończyny otrzymujemy mniejszą różnicę, bo tylko o 0·4 —0·6 większą od prawidłowej; krążenie jednak zwolniło się znacznie, okoliczność, o któréj niżéj jeszcze pomówimy. Przyspieszenie krążenia, które uwidocznia się na 15 doświadczeniu, dowodzi, że krążenie odbywa się po usunięciu podwiązki z żyły dwojaką drogą: prawidłową i nowo wytworzoną wskutek niedomykalności zastawek i t. p.

Doświadczenie II. Zwłoki 30-letniego mężczyzny zmarłego z zapalenia płuc. Przygotowano je w ten sam sposób, jak w poprzedniem doświadczeniu; rurkę założono również do tętnicy biodrowéj zewnętrznéj prawéj, podwiązkę zaś założono na żyle nad poprzecznem ramieniem kości łonowéj od strony jamy brzusznéj. Do doświadczenia użyto czystéj terpentyny.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach.	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły gł. dolnéj, w ctm. sześć.	Uwaga
1	1	—			160	130	
2	1	—			65	435	
3	1	—			64	470	
4	1	—			61	460	
5	1	—			58	475	
6	1	—			52	450	
7	1	—			45	470	
8	1	—			45	470	
9	1	—			46	480	
10	—	1	500	60	50	430	
11	—	1			48	440	
12	—	1			48	460	Wskutek ustawienia pionowego wyciekło prócz tego 180 ctm. sześć. Kończ. ust. pionow.
13	—	1			128	465	Kończyna ustawiona pod kątem 45°
14	—	1			110	440	
15	—	1			105	450	
16	—	1			95	465	„
17	—	1			118	440	„

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 9. Przy żyle wolnéj	10·8 ctm. sz.,	10·4 ctm. sz.	0·4.
Nr. 12. Przy podwiązaniu żyły	10 4	9·6	0·8.
Nr. 13. Przy podw. żyły i pionowem ustaw. kończyny	3·9	3·6	0·3.
Nr. 16. Przy podw. żyły i ukośnem ustaw. kończyny	5·2	4·9	0·3.

Doświadczenie III. Zwłoki 26-letniej kobiety zmarłéj na otok z odmą piersiową gruźliczy po prawéj stronie (*Pyopneumothorax tuberculosus dexter.*). Przygotowania też same jak w poprzednich doświadczeniach. Użyto również terpentyny.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm sześć	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach.	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły gł. dolnéj, w ctm. sześć.	Uwaga.
1	1	—			78	150	
2	1	—			66	325	
3	1	—			59	350	
4	1	—			55	350	
5	1	—			52	360	
6	1	—			52	370	
7	1	—			45	310	
8	1	—			44	345	
9	1	—	500	54	42	340	
10	1	—			42	340	
11	—	1			45	310	
12	—	1			47	345	
13	—	1			46	340	
14	—	1			45	345	
15	—	1			45	350	Kończyna ustawiona pod 45°
16	—	1			45	340	
17	1	—			44	345	Kończ. ust. poziom.
18	1	—			42	370	„

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 6. Przy żyle wolnéj	9·6 ctm. sz.,	7·1 ctm. sz.	2·5.
Nr. 10. „	11·9	8·0	3·9.
Nr. 14. Przy podwiązaniu żyły	11·1	7·6	3·5.
Nr. 16. Przy podw. żyły i podniesieniu kończyny	11·1	7·5	3·6.
Nr. 17. Przy żyle wolnéj	11·1	7·8	3·3.

Doświadczenie IV. Zwłoki 40 letniego mężczyzny zmarłego z zapalenia płuc nieżytowego, przewlekłego, obustronnego. Przygotowania do doświadczenia i wykonanie zupełnie takiesame jak w poprzednich razach.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach.	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły gł. dolnéj, w ctm. sześć.	Uwaga.
1	1	—			215	450	
2	1	—			180	450	
3	1	—			166	440	
4	1	—			145	490	
5	1	—			145	480	
6	1	—			135	480	
7	1	—			135	480	
8	—	1	500	56	155	430	
9	-	1			150	470	
10	—	1			140	460	
11	—	1			135	460	
12	—	1			205	500	Kończyna ustawiona pod kątem 45°
13	—	1			195	450	
14	—	1			190	420	„
15	1	—			185	470	„
16	1	—			185	470	„
17	1	—			120	450	Kończ. ust. poziom.

Przy obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 5, Przy żyle wolnéj	3·4 ctm. sz.,	3·3 ctm. sz.	0·1.
Nr. 6. „	3·7	3·5	0·2.
Nr. 11. Przy podwiązaniu żyły	3·7	3·4	0·3.
Nr. 14. Przy podw. żyły i podniesieniu kończyny	2·6	2·2	0·4.
Nr. 15. Przy wolnéj żyle i podniesieniu kończyny	2·7	2·5	0·2.
Nr. 17. Przy żyle wolnéj	4·1	3·7	0·4.

Doświadczenie V. Zwłoki 22 letniéj kobiety zmarłéj z zapalenia ropnego otrzewnéj *(peritonitis suppurativa)*. Przygotowanie zupełnie jak w poprzednich doświadczeniach.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównéj, w ctm. sześć.
1	1	—			90	750
2	1	—			103	950
3	1	—			120	1000
4	1	—			102	1000
5	1	—			80	1000
6	1	—			80	1000
7	1	—	1000	140	82	1000
8	—	1			95	670
9	—	1			98	730
10	—	1			98	800
11	—	1			98	680
12	-	1			98	830
13	—	1			98	820
14	1	—			86	1020
15	1	—			80	1050

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 6. Przy żyle wolnéj	12·5 ctm. sz.,	12·5 ctm. sz.	0
Nr. 7. „	12·2	12·2	0
Nr. 12. Przy podwiązaniu żyły	10·2	8·4	1·8
Nr. 13. „	10·2	8·3	1·9.

Doświadczenie VI. Zwłoki 60 letniego mężczyzny zmarłego z udaru mózgowego. Doświadczenie przeprowadzono zupełnie jak poprzednie.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie ż żyły głównéj w ctm. sześć	Uwaga.
1	1	—	1000	100	110	830	
2	1	—			45	350	
3	1	—			43	435	
4	1	—			40	440	
5	1	—			38	430	
6	1	—			36	410	
7	1	—			34	400	
8	1	—			34	410	
9	1	—			34	430	
10	—	1			38	320	
11	—	1	500	98	37	370	
12	—	1			36	340	
13	—	1			35	320	
14	—	1			35	310	
15	—	1			34	300	
16	—	1			34	330	
17	—	1			33	335	kończynę równocześnie lekko masow.
18	1	—			30	360	
19	1	—			30	390	

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 9. Przy wolnéj żyle	14·7 ctm. sz.,	12·6 ctm. sz.	2·1.
Nr. 14. Przy podwiązaniu żyły	14·7	9·7	5·0.
Nr. 17. Przy podw. ż. i równoczesnem masowaniu	15·1	10·1	5·0.
Nr. 18. Przy wolnéj żyle	16·6	12·0	4·6.
Nr. 19. „	16·6	13·0	3·6.

Doświadczenie VII. Zwłoki 26 letniéj kobiety zmarłéj z zapalenie płuc dławcowego. Przygotowania takiesame jak w poprzedzających doświadczeniach.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównéj, w ctm. sześć.	Uwaga.
1	1	—			58	325	
2	1	—			38	500	
3	1	—			31	465	
4	1	—			30	485	
5	1	—			29	500	
6	1	—			25	450	
7	1	—			25	450	
8	1	—			24	455	
9	1	—			24	490	
10	1	—			23	470	
11	1	—			22	470	
12	—	1			27	340	
13	—	1			28	370	
14	—	1			28	355	
15	—	1			29	355	
16	—	1			27	360	
17	-	1	500	105	27	320	
18	—	1			26	340	
19	—	1			27	350	
20	—	1			27	350	
21	—	1			26	370	
22	—	1			27	325	Kończynę masowan.
23	—	1			28	380	„
24	—	1			28	360	„
25	1	—			16	560	
26	1	—			18	510	
27	1	—			18	510	
28	1	—			18	490	
29	1	—			18	480	
30	1	—			18	500	
31	1	—			18	480	
32	—	1			26	220	
33	—	1			30	370	
34	—	1			30	370	
35	—	1			26	340	

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 9. Przy wolnéj żyle	20·8 ctm. sz.,	20·4 ctm. sz.	0·4.
Nr. 11. „	22·7	21·3	1·4.
Nr. 12. Przy podwiązaniu żyły	18·5	12·9	5·6.
Nr. 21. „	19·2	14·2	5·0.

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 24. Przy podw. żyły i równoczesnem masowaniu	17·8 ctm. sz.,	12·8 ctm. sz.	5·0.
Nr. 28. Przy wolnéj żyle	27·7	27·1	0·6.

Doświadczenie VIII. Zwłoki 27 letniego mężczyzny zmarłego na zapalenie nerek. Przygotowania zupełnie jak w poprzednich doświadczeniach. Jako płynu użyto nafty.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównéj, w ctm. sześć.
1	1	—			35	420
2	1	—			28	500
3	1	—			28	500
4	1	—			26	500
5	1	—			26	500
6	1	—			22	480
7	1	—			22	500
8	1	—			22	500
9	—	1			28	400
10	—	1			26	420
11	—	1			29	420
12	—	1			28	480
13	—	1	500	98	26	500
14	—	1			24	460
15	—	1			23	470
16	—	1			22	480
17	—	1			22	460
18	1	—			20	550
19	1	—			15	500
20	1	—			18	480
21	1	—			19	500
22	1	—			17	480
23	1	—			18	470
24	1	—			18	450
25	1	—			17·5	480

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 5. Przy żyle wolnéj	19·2 ctm. sz.,	19·2 ctm. sz.	0
Nr. 8. "	22·7	22·7	0
Nr. 11. Przy podwiązaniu żyły	17·2	14·4	2·8.
Nr. 12. "	17·8	17·1	0·7.
Nr. 13. "	19·2	19·2	0
Nr. 14. "	20·8	19·1	1·7.
Nr. 16. "	22·7	21·8	0·9.
Nr. 20. Przy żyle wolnéj	27·7	26·6	1·1.
Nr. 21. "	26·3	26·3	0
Nr. 22. "	29·4	28·2	1·2.

Doświadczenie IX. Zwłoki miernie opuchłe 25-letniego mężczyzny zmarłego z powodu wady serca. Żyłę odsłonięto od strony kończyny tuż po pod więzem Pouparta. Inne przygotowania jak w poprzednich doświadczeniach. Wlewano naftę.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównéj, w ctm. sześć.
1	1	—			28	500
2	1	—			28	500
3	1	—			32	500
4	1	—			32	450
5	1	—			28	500
6	1	—			32	500
7	—	1			45	250
8	—	1			50	425
9	—	1			50	400
10	—	1			48	400
11	—	1			45	380
12	—	1	500	125	48	400
13	—	1			35	400
14	—	1			35	400
15	—	1			35	400
16	—	1			33	400
17	—	1			33	400
18	1	—			15	600
19	1	—			20	550
20	1	—			22	550
21	1	—			22	500
22	1	—			22	500

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 5. Przy wolnéj żyle	17·8 ctm. sz.,	17·8 ctm. sz.	0
Nr. 6 "	15·6	15·6	0
Nr. 10. Przy podwiązaniu żyły	10·4	8·3	2·1.
Nr. 11. "	11·1	8·4	2·7.
Nr. 13. "	14·2	11·4	2·8.
Nr. 16. "	15·1	12·4	3·0.
Nr. 21. Przy żyle wolnéj	22·7	22·7	0

Doświadczenie X. Zwłoki 25 letniego mężczyzny zmarłego na gruźlicę. Przygotowania zwykłe. Do wlewania użyto mięszaniny równych części terpentyny i oleju lnianego.

L. p. dośw.	Żyła wolna	Żyła podwiąz.	Ilość płynu wlanego w ctm. sześć.	Ciśnienie, pod którem wlewano płyn, wyrażone w mm. rtęci	Trwanie wlewania w sekundach	Ilość płynu, który wyciekł w tymże czasie z żyły głównéj w ctm. sześć.
1	1	—			180	200
2	1	—			210	300
3	1	—			210	300
4	1	—			180	300
5	1	—			165	280
6	1	—			165	300
7	1	—			150	290
8	1	—			150	300
9	—	1			150	300
10	—	1	500	80	220	275
11	—	1			180	285
12	—	1			150	250
13	—	1			180	275
14	—	1			180	300
15	—	1			160	250
16	—	1			160	250
17	—	1			160	250
18	1	—			120	300
16	1	—			100	250
20	1	—			100	250

Po obliczeniu powyższych cyfr na sekundę uzyskano następujące rezultaty:

	wlano	wyciekło	różnica
Nr. 4. Przy żyle wolnej	2·7 ctm. sz.,	1·6 ctm. sz.	1·1.
Nr. 9. "	3·3	2·0	1·3.
Nr. 11. Przy podwiązaniu żyły	2·7	1·5	1·2.
Nr. 12. "	3·3	1·6	1·7.
Nr. 14. "	2·7	1·6	1·1.
Nr. 15. "	3·1	1·5	1·6.

Jeżeli przyjrzymy się dokładnie liczbom uzyskanym, dojdziemy do następującego rezultatu: Dopływ płynu, względnie krwi, do kończyny nie doznaje wskutek podwiązania żyły udowéj we wysokości ramienia poprzecznego kości łonowéj w przeważnéj liczbie przypadków albo wcale żadnego albo dozuaje tylko nieznacznego zaburzenia; jeżeli zaś jest jakie utrudnienie, to ono wkrótce się wyrównywa. Tylko w wyjątkowych przypadkach (doświadczenie V. i VII.) przeszkoda w krążeniu, powstała wskutek podwiązania żyły, uwidocznia się także przez utrudnianie i zwolnienie dopływu.

Podobnie i odpływ do żyły głównéj dolnéj w niektórych przypadkach albo nie zaburza się wcale wskutek podwiązania żyły udowéj we wysokości ramienia poprzecznego kości łonowéj albo też udaje mu się łatwo i szybko znieść i ominąć napotkane trudności. (Doświadczenie III, IV, X i częściowo VIII). W innych zaś przypadkach odpływ doznaje stałego upośledzenia, co prowadzi do zastoju w krążeniu, uwydatniającego się jako różnica między dopływem a odpływem.

Zastój wywołany dodwiązaniem żyły nie przekroczył jednak w żadnem z naszych doświadczeń $^1/_5$ części wartości [1])

[1]) Cyfry te obliczano w sposób następujący: Użyjmy za przykład doświadczenia I-go: Różnica pomiędzy dopływem a odpływem przy podwiązaniu żyły wynosi 2·0, ponieważ jednak taż różnica przy żyle wolnéj, a więc w warunkach odpowiadających stanowi prawidłowemu, z przyczyn, nad któremi bliżéj

dopływu (doświadczenie Nro VI, VII, IX), w doświadczeniu V-tem odpowiadał $^1/_6$, w I-szem $^1/_7$, a w II-giem nawet $^1/_{26}$ dopływu.

Czy tego rodzaju zastój w krążeniu w kończynie mógłby się stać niebezpiecznym, tego na podstawie swych doświadczeń nie jesteśmy w stanie rozstrzygnąć. Zważywszy jednak, że na początku każdego doświadczenia zastój bywał zawsze większym, to jest ilość cieczy wypływającéj była mniejszą na początku, niż przy końcu doświadczenia, skłaniamy się do przypuszczenia, że na żywym zastój w krążeniu, wykazany doświadczeniami, powoli się wyrówna, wobec prawidłowéj czynności serca i prawidłowego ciśnienia krwi w układzie tętniczym.

Zawieszenie pionowe i ukośne (pod kątem 45°) ułożenie kończyny wpływa niezaprzeczenie w każdym przypadku dodatnio na odpływ. Równocześnie jednak utrudnia widocznie przypływ płynu (względnie krwi) do operowanéj kończyny a przeto i całe krążenie. Należałoby więc użyć tego zabiegu li tylko wtedy, gdy podwiązano żyłę udową u osobnika zresztą zupełnie zdrowego. Wobec bowiem słabszéj czynności serca, utrudnienie krążenia przez suspenzyę w kończynie, w któréj ono już i tak z powodu samego podwiązania jest upośledzone, mogłoby pociągnąć za sobą niebezpieczeństwa, które znacznie przewyższyłyby korzyści, uzyskane z ułatwienia odpływu. Po miesieniu kończyny nie widzieliśmy w żadnym przypadku korzystnego wpływu odnośnie do zajmującego nas pytania. Rozumie się samo przez się, że miesiono kończyny we wszystkich przypadkach, których to dotyczy, nader ostrożnie i łagodnie, by nie sprowadzić pęknięć ścian naczyń płynem przepełnionych.

W rezultacie niniejszéj pracy doszliśmy do przekonania, że w praktyce wszędzie tam, gdzie krwawienia z żyły udowéj nie można zatrzymać ani tamponowaniem ani bocznem podwiązaniem, wskazanem i usprawiedliwionem jest podwiązanie żyły co właśnie wymienionéj.

Niechaj nam wolno będzie w tem miejscu wyrazić szczere podziękowanie Wielmożnemu Prof. Drowi L. Teichmannowi za światłe i uprzejme rady, jakoteż za chętne pozwolenie nam korzystania z materyału zakładu anatomii opisowéj w Krakowie.

III. Z powszechnego szpitala w Żywcu.

Przypadek połogowego rozmiękczenia kości, uleczony przez wytrzebienie.

Podali

Dr. C. Podgórski, prymaryusz szpitala. i Dr. W. Harajewicz, lekarz chorób kobiecych w Krakowie [1].

W dniu 23. lutego 1892 roku przywieziono do szpitała powszechnego w Żywcu Annę W., liczącą lat 45, z Radziechowa, zamężną. Badanie choréj okazało co następuje:

Wywiady: Od dzieciństwa nie przebywała żadnych ciężkich chorób, o dziedziczności żadnej choroby nie umie nic powiedzieć. Regularność wystąpiła w 17. roku życia, przychodziła w jednakowych odstępach czasu, bywała skąpa i nie bolesna. W kilka miesięcy po pojawieniu się peryodu wyszła za mąż, zaraz zastąpiła i w 18. roku życia powiła pierwsze dziecię. Wogóle odbyła 12 porodów. Nie roniła nigdy.

Wszystkie porody odbywały się łatwo, siłami natury, a dzieci przychodziły na świat czasowe, nie chowały się jednak wszystkie, gdyż 5-ro, młodszych szczególnie, pomarło wieku od $1^1/_2$ roku do 5 lat, a jak matka podaje z powodu „konwulsyi“ (dokładniéj objawów chorobowych nie umie określić). Dzieci wszystkie karmiła własną piersią przez przeciąg 12 do 15 miesięcy za każdym razem. Podczas 10. ciąży, t. j. przed $5^1/_2$ laty, cierpiała przez kilka ostatnich tygodni na ogólną opuchlinę, która ustąpiła bezpośrednio przed samym porodem wśród objawów uporczywéj biegunki; w parę dni jednak po porodzie wystąpiła na nowo i trwała przez kilka tygodni. To dziecię karmiła przez $1^1/_2$ roku a w 2 lata po tym porodzie nastąpił jedenasty. Wśród téj ciąży, t. j. przed $3^1/_2$ laty, poczęła od 7. miesiąca doznawać bólów w kości krzyżowéj i w kościach miednicznych tak, że zmuszoną była ostatnie dwa miesiące spędzić w łóżku. Dziecko urodziło się łatwo, było zdrowe, matka karmiła je sama, ale przez pierwsze dwa miesiące po porodzie musiała leżeć z powodu strzykających bólów w kościach miednicy, potęgujących się przez ruchy nóg.

Zwolna przychodziła do siebie, bóle ustąpiły zupełnie i wśród regularności, która się trzy razy pokazała, nie zauważyła żadnego pogorszenia. Przed $2^1/_4$ rokiem zastąpiła po raz dwunasty. Do połowy ciąży czuła się bardzo dobrze, ale podczas całéj drugiéj połowy nie opuszczała łóżka z powodu mocnych bólów, ograniczonych do saméj tylko miednicy, które przy usiłowaniu chodzenia stawały się nieznośnemi. Poród odbył się łatwo, chociaż już wolniéj aniżeli poprzednie, a płód przyszedł na świat bez żadnéj pomocy i żywy. Karmiła go przeszło rok. Przez ten czas bóle ciągle trwały chociaż z mniejszem nasileniem tak, że mogła się jeszcze zajmować i domem; polepszenia jednak nie uważała, a po odstawieniu dziecięcia, tj. od trzech miesięcy, stały się mocniejszemi tak dalece, że chora zupełnie ustać nie mogła, a od dwa miesięcy nawet wśród spokojnego leżenia zaczęły się pojawiać gwałtowne strzykające bóle w kościach kończyn górnych i klatki piersiowéj. Przez ten czas pojawiła się 2 razy regularność, zawsze trzy dni trwająca, przyczem chora nie zauważyła żadnéj zmiany w bólach.

Gośćca stawowego nie przebywała, upławów uporczywych ani biegunki nie miewała. Żyła wprawdzie ubogo, bo mięso jadała nader rzadko, ale używała tej saméj strawy, jaką się karmią wogóle kobiety w jéj stronach a stanowiła między niemi odosobniony przypadek choroby. Apetyt miewała mierny, napojów wyskokowych nigdy nie nadużywała, mieszkanie zaś miała suche.

Stan obecny. Budowa i odżywienie liche, wzrost średni, skóra blada, błony śluzowe niedokrewne, tkanki tłuszczowéj prawie zupełny brak. Wyraz twarzy zdradza cierpienie. Wypukowy odgłos nad płucami jawny, granice ich dolne obniżone o jeden przestwór międzyżebrowy. Przysłuchem daje się stwierdzić rozległy nieżyt oskrzelowy, dający od kilku tygodni powód do kaszlu, nader uciążliwego dla choréj, dotkniętéj nieznośnemi bólami w kościach klatki piersiowéj. Tony serca czyste, głuche. Wymiary serca prawidłowe, tętnica miękka, tętno małe.

Brzuch wzdęty, niebolesny, w okrężnicy zstępującéj wybadać można kał, chora bowiem od czasu leżenia oddaje stolec co 3 lub 4 dni. Narządy jamy brzusznéj bez zmian chorobowych. Mocz oddaje w ilości od 1500 do 1800 gramów na dobę. Szczegółowy jego rozbiór chemiczny, wykonany łaskawie przez Dra J. Opieńskiego w Krakowie, nie wykazał żadnych nieprawidłowych części ani też wybitnego zmniejszenia lub zwiększenia zwyczajnych składników.

---

rozwodzić się nie myślimy, wynosi 7·0, to na karb podwiązania żyły przypada zastoina w ciągu sekundy wynosząca 2·0—0·7=1·3 ctm. sześciennych, co przy dopływie 9 ctm. sz. na sekundę stanowi (9·0 : 1·3 = 6·9) w przybliżeniu $^1/_7$ dopływu.

[1]) Uprzejmemu zaproszeniu kolegi i przyjaciela Dra Podgórskiego zawdzięczam wykonanie tej operacyi, za co Mu na tem miejscu serdecznie dziękuję. *Dr. Harajewicz.*

Kościec przedstawia znaczne i wybitne zmiany chorobowe: Stos kręgowy, począwszy od 2-go kręgu piersiowego, skończywszy na pierwszym lędźwiowym, jest kabłąkowato wygięty ku tyłowi. Wygięcie to, prawdopodobnie nawykowe, daje się sprostować tylko częściowo przez uciskanie dłonią. Część lędźwiowa kręgosłupa wygięta jest tak znacznie ku przodowi, że tworzy ostry kąt z kością krzyżową nieckowato ku tyłowi wypukłą a której najznaczniejsze skrzywienie ku tyłowi przypada na 3 ci krąg. Inne kości miednicę składające są bardzo znacznie zniekształcone; mianowicie talerze kości biodrowych są tak znacznie kątowato zgięte, że rowek Kiliana można łatwo od wnętrza wybadać. Ramiona poziome kości łonowych zbiegają się razem w kształcie ostrego dzióba. Przez badanie wewnętrzne przekonać się można, że ramiona zstępujące kości łonowych są znacznie do siebie zbliżone u góry, siedzeniowe stoją od siebie zaledwie na 3 ctm. tak, że badanie wewnętrzne jest bardzo utrudnione.

Wymiary miednicy są następujące:

Obwód miednicy	74	ctm.
Odległość kolców biodr.	23	„
„ grzebieni „	26	„
„ krętarzy	27	„
Wymiar prosty zewn.	17	„
„ przekątny	11	„

Macica, nieco niżej położona, w ułożeniu prawidłowem, żadnych zboczeń zresztą nie przedstawia. Jajniki wymacać się dające badaniem oburęcznem są nieco obniżone i za ugniataniem lekko bolesne. Kości miedniczne miękkie uginają się pod miernym uciskiem, co również można zauważyć i na kościach kończyn. Wszystkie kości, z wyjątkiem twarzowych i czaszkowych, są tak bolesne, że chora przy ucisku nie może się wstrzymać od krzyku.

Ból równie mocny wywołują nietylko ruchy, n. p. usiłowanie stąpienia lub przewrócenia się na bok, ale nawet wśród spokojnego leżenia tak dotkliwie dokuczają szczególniéj w miednicy i klatce piersiowéj, że chora na wspomnienie, iż operacya, chociaż względnie niebezpieczna, może ją uwolnić od dolegliwości, zgadza się na nią najchętniéj.

Ulegając życzeniu choréj, wykonaliśmy operacyę dnia 2. kwietnia 1892 roku w uśpieniu chloroformowem i w ułożeniu Trendelenburga. Przy operacyi pomagał nam łaskawie Dr. J. Szajna, c. i k. lekarz powiatowy w Żywcu. Warunki, w jakich się u nas znajdują prowincyonalne szpitale, dozwoliły nam przeprowadzić tylko ścisłą antyseptykę, gdyż o dokładną aseptykę było dosyć trudno.

Po otwarciu jamy brzusznéj cięciem na 7—8 ctm. długiem, w linii środkowéj, po nad samem spojeniem łonowem, i po odszukaniu jajników nieco niżéj położonych, zupełnie wolnych, okazało się, że barwa ich jest zupełnie prawidłowa i że nie ma w nich żadnego przekrwienia. Naczynia przebiegające na ich powierzchni zachowywają się prawidłowo. Lewy jajnik jest nieco większy aniżeli prawy, który jest prawidłowéj wielkości. Nadto na powierzchni pierwszego można widzieć gdzieniegdzie wzniesione miejsca półkoliste, od wielkości połowy groszku okrągłego, do rozmiarów połowy fasoli.

Więzadła i naczynia jajników podwiązano pętlicowato za pomocą tępych igieł Dechampsa i nad podwiązkami odcięto tak, że jajniki zostały w całości wyjęte. Przekonawszy się, że nie ma żadnego krwawienia z szypuł, i zeszywszy brzegi błony surowiczéj nad powierzchnią przeciętą szwem kuśnierskim, katgutowym, zagłębiono, je i zamknięto następnie jamę brzuszną. Brzegi otrzewny zaspojono szwem kuśnierskim katgutowym a powłok brzusznych szeregiem głębokich szwów węzełkowych, jedwabnych. Opatrzenie antyseptyczne. Operacya wraz z uśpieniem trwała 20 minut.

Przebieg pooperacyjny był idealny. Raz tylko jedyny w 4 godziny po operacyi podniosła się ciepłota na chwilę do 38·4, zresztą nie przekroczyła 37·4. Rana zagoiła się przez rychłozrost w przeciągu 7 dni, o czem przekonano się po otwarciu opatrzenia. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Jaworowski: **Rocznik farmaceutyczny.** Tom I. Warszawa 1893. Nakład A. Jaworowskiego i W. Miłaszewskiego. (Skład główny u A. Jaworowskiego w Rożyszczach w gub. wołyńskiéj).

Szybki postęp nauk przyrodniczych i lekarskich sprawia, że człowiek oddany ich praktycznemu zastosowaniu na jakiemkolwiek polu nie może podążyć za nim tak łatwo, bo mu brak i czasu i dzieł odpowiednich. Dlatego bardzo są pożądane i przydatne wydawnictwa obznajmiające krótko i treściwie z najważniejszemi zdobyczami nauki i techniki a zarazem zawierające w sobie zbiór wiadomości nieraz bardzo przydatnych w nagłych przypadkach, wiadomości łatwo zacierających się w pamięci. Dlatego to cieszą się za granicą wielkiem powodzeniem kalendarze zawodowe i roczniki z krótkiemi zdaniami sprawy o najnowszych postępach w pewnych działach nauk stosowanych. Ażeby w téj mierze zaradzić życzeniom polskich farmaceutów, opracowali autorowie rocznik, z którego zdajemy sprawę, w którym umieścili bardzo wiele rzeczy przydatnych nietylko dla aptekarza, ale i dla lekarza; że tu wymienimy n. p. nowe leki zalecone w r. 1891, ich odczyny i próby, leki zalecone w r. 1890, rzecz o kefirze, krótką wskazówkę do badań sądowo chemicznych, badania moczu i artykułów spożywczych, do pomocy w nagłych przypadkach, zamianę wag aptekarskich na dziesiętne i handlowe i notatnik na wszystkie dnie w roku.

Ponieważ i strona zewnętrzna rocznika jest bardzo staranna, przeto polecamy pracę, o któréj mowa, uwadze osób interesowanych i życzymy wydawnictwu jak najlepszego powodzenia. *D.*

A. Jurasz, prof. w Heidelbergu: **Die Krankheiten der oberen Luftwege.** *Klinische Beobachtungen und Erfahrungen gesammelt in der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf-, Rachen- und Nasenkranke.* Heidelberg, Carl Winter 1891.

Przed kilkunastu miesiącami wyszedł z druku zeszyt trzeci a zarazem ostatni powyższego dzieła, zawierającego 527 stronnic i ozdobionego kilkunastu drzeworytami. Autor podaje swe doświadczenia oparte na mniéj lub więcéj 4000 przypadków chorobowych spostrzeganych w klinice ambulatoryjnéj w Heidelbergu od r. 1882 do 1890. W krótkiéj przedmowie szkicuje historyę rozwoju tej kliniki i trudności, z jakiemi miał do walczenia, nim doszła do stanu, w jakim się dziś znajduje. Dzieło ma formę zdania sprawy klinicznego i statystycznego, w którem choroby różnych narządów mieszczą się w osobnych rozdziałach. Oprócz obrazu klinicznego takiego, jaki przedstawiał się w spostrzeganych przypadkach, zestawia autor bardzo dokładnie statystykę tych chorób podług liczby i komplikacyi, wieku, rodzaju i zatrudnienia chorych, omawia szczegółowo leczenie w klinice, wreszcie wyraża często zdanie swe osobiste o wielu sprawach, co do których dzielą się zapatrywania specyalistów. Wiele historyj chorób, wybitniejszych lub rzadszych, przyczynia się do urozmaicenia dzieła i posłużyć może za wzór pod względem dokładności i jasności.

Nie mogąc podać tu szczegółowo treści téj wielce zajmującéj pracy, wspomnę tylko o kilku ustępach.

W zeszycie I-ym omawia autor w 18 rozdziałach choroby nosa. Krup błony śluzowéj nosa uważa za osobną chorobę, nie mającą z błonicą nic wspólnego. Nieżyt przewlekły tejże błony śluzowéj dzieli na: 1) *catarrhus chron. diffusus simplex*, 2) *catarrh. chron. hypertrophicus*, 3) *catarrh. chron. atrophicus*, 4) *Ozoena.* Tę ostatnią formę odnosi do nieprawidłowości sekrecyi, przyczem wydzielina już przy wyjściu z gruczołów jest patologicznie zmieniona; uważa ją atoli za wyleczalną, byle tylko wytrwałość lekarza i chorego dopisała; zaleca zaś obok przepłukiwań nosa zakładanie tamponów zwilżonych 2% rozczynem kwasu karbolowego. Liczne zboczenia w funkcyi nosa przypisuje J. skrzywieniom i wyroślom przegrody nosowéj, mianowicie jéj części chrząst

kowéj, na których leczenie kładzie nacisk, podając kilka sposobów operowania.

O przebiciach przegrody nosowéj, które z wyjątkiem jednego przypadku odnosiły się zawsze do części chrząstkowéj, mówi, że ich najczęstszą przyczyną jest kiła, rzadko liszaj żrący (*lupus*), rynolity lub polipy. Pierwotnego wrzodu przeszywającego przegrodę nosową (*ulcus septi narium perforans*), opisanego przez Voltoliniego, nie widział nigdy i nie wierzy, aby mógł powstać u człowieka, zresztą zdrowego, jedynie z częstego drapania. W krwotokach nosowych zaleca wstrzykiwanie zimnéj wody lub tamponowanie suche lub z chlorkiem żelaza; ostrzega przed przyżeganiem miejsc krwawiących kamieniem piekielnym albo galwanokauterem, twierdząc wbrew wielu autorom, że więcéj szkodzi niż pomaga i że przykładanie hubki zazwyczaj odnosi pożądany skutek. (Referent nie widział nigdy szkody z umiarkowanego i ostrożnego przyżegania galwanokauterem lub kw. azotowym dymiącym miejsc krwawiących, dla oka przystępnych, nawet na przegrodzie nosowéj.

Zeszyt II gi, obejmujący 16 rozdziałów, ma za przedmiot choroby gardziela. J. rozróżnia następujące formy ostrego zapalenia migdałków: 1) *Tonsillitis acuta simplex*, 2) *Tonsillitis lacunaris*, 3) *Tonsillitis phlegmonosa*, 4) *Peritonsillitis phlegmonosa*. Pojęcie *pharyngitis chronica* jest według J. zbiorowem i zawiera kilka postaci chorobowych, które należy ściśle odróżniać, chociaż nierzadko równocześnie obok siebie istnieć mogą. Tu zalicza: 1) *Pharyngitis diffusa*, 2) *Pharyngitis sicca*, 3) *Pharyngitis follicularis* (*granulosa*); a według umiejscowienia rozróżnia jeszcze 4) przewlekły nieżyt jamy nosogardlowéj i 5) *Pharyngitis chron. retroarcualis.* W osobnym rozdziale omawia *Tonsillitis chron. hypertrophica*, którą uważa częstokroć za wrodzoną. Również obszernie omawia gruczolaki połyku (*adenomata pharyngis*) czyli rozrost tkanki gruczołowatéj, które operuje za pomocą szczypczyków własnego pomysłu. W dalszym ciągu podaje 3 przypadki grzybicy połyku łagodnéj (*pharyngomycosis benigna*), którą pierwszy B. Fränkel opisał. Miejscowe leczenie roztworem nikotynu nieźle stosunkowo działało.

Zeszyt III-ci, więcéj, niż połowę książki zajmujący, składa się z 16 rozdziałów i zawiera opis chorób krtani i tchawicy. Obok wad utworowych, jak niesymetryczność, skrzyżowanie się chrząstek nalewkowych przez zwrócenie jednej strony bardziej ku tyłowi, bez zmian w funkcyi narządu, obserwował autor dotychczas nieopisany przypadek, w którym znalazł wrodzone narośle wychodzące z obu kątów ust ku jamie ustnej i podobne mniejsze prawidłową błoną śluzową pokryte symetrycznie od podstawy chrząstek nalewkowych z każdej strony wychodzące, a nad więzadłami ku jamie krtani sterczące. W ostrym nieżycie krtani widział J. wrzody nieżytowe, których istnienia zaprzeczają nie którzy, jak Virchow i Schrötter. Przewlekły nieżyt dzieli podług klinicznych objawów na *laryngitis chron. diffusa* i *laryngitis sicca.* W pierwszej może być cała błona śluzowa jednako zajęta lub też jej części przeważnie lub wyłącznie. *Chorditis tuberosa* czyli t. zw. *trachoma laryngis* nie jest odrębną formą a mniejsze obrzmienie i przerost okolicy podwięzadłowej (*Laryngitis subglottica*) odnieść raczej należy do zapalenia ochrząstny *perichondritis*) chrząstki obrączkowej albo do skazy kiłowej lub gruźliczej. *Laryngitis sicca* polega na nieprawidłowości wydzielania, które się objawia szczególnie skłonnością sekrecyi do zaschnięcia. Omawiając leczenie nieżytu przewlekłego krtani oddaje wyższość z pomiędzy środków ściągających rozczynom chlorku cynku, którego chętninj używa, niż azotanu srebra.

W rozdziale o gruźlicy krtani powiada autor, że miejscowa niedokrewność nie jest bardzo ważną cechą rozpoznawczą; natomiast udało mu się kilkakrotnie spostrzegać gruzełki prosówkowe w krtani, które rozpadając się tworzyły prosówkowe wrzodziki, zlewające się później w większe wrzody, co potwierdza dawniejsze spostrzeżenia Türcka, B. Fränkla, Stoerka i innych. W leczeniu główny nacisk kładzie na ogólną terapią i oszczędzanie chorego narządu przez zakaz mówienia; miejscowo najchętniej stosuje kw. borowy i jodol. Skutki leczenia kw. mlekowym nie zadowolniły J. tak, jakby się tego można spodziewać po spostrzeżeniach innych autorów (Krause, M. Schmidt, Heryng, Schrötter i Gottstein). W dalszym ciągu podaje wskazania do zabiegów chirurgicznych w leczeniu gruźlicy krtani, podnosząc zasługi w niem M. Schmidta i Herynga, wreszcie zaleca leczenie galwanokaustyczne szczególnie nacieków i wybujałości gruźliczych tylnej ściany krtani i fałdu międzynalewkowego. Jako rzadkość opisuje 2 przypadki promienicy i jeden przypadek pierwotnej *perichondritis laryngea descendens.* Nowotworom krtani poświęca J. obszerny rozdział, również nerwicom. Obydwa te rozdziały odznaczają się jasnością i dokładnością starannie uporządkowanych historyi chorób. Autor przytacza ciekawy przypadek, w którym u dorosłego pijaka za każdym razem po zjedzeniu żywego raka, ulubionej przez niego potrawy, występował skurcz głośni.

Dzieło, zakończone krótkiem zestawieniem spostrzeganych chorób tchawicy pisane jest stylem łatwym i świadczy o nader sumiennem zużytkowaniu statystyki i materyału chorobowego. Obok nienagannej formy zewnętrznej zawiera ono tyle cennych spostrzeżeń i praktycznych wskazówek, że nietylko dla specyalisty, ale i dla lekarza praktycznego stanowi wielce pożądane wzbogacenie literatury zawodowéj.

Dr. Schoengut.

Chirurgija.

Prof. F. Koenig: O gruźliczem zwężeniu jelita i jego leczeniu.

Autor opisuje szczegółowo 5 własnych przypadków zwężenia jelita natury gruźliczéj, leczonych operacyjnie przez wycięcie zwężonego jelita na przestrzeni od 9—17 ctm. Dwa przypadki zakończyły się śmiercią, w 3 pozostałych nastąpiło zupełne wyleczenie. Historye choroby, które autor przytacza, a zwłaszcza symptomatologia danego cierpienia przedstawiają tak wybitnie charakterystyczne cechy, że Prof. König nie waha się na zasadzie tych 5 przypadków, zbadanych rzeczywiście z całą gruntownością i ścisłością zarówno pod względem klinicznym, jako też i anatomo-patologicznym, skonstruować obrazu klinicznego choroby, dozwalającego w przyszłości rozpoznawać klinicznie zwężenie jelita natury gruźliczéj.

Zanim wystąpią groźniejsze objawy, trwa zazwyczaj przez dłuższy okres czasu cierpienie przewodu pokarmowego, objawiające się zaburzeniami stolcowemi; chorzy cierpią silne zatwardzenie; jeśli zaś stolec następuje, ma on konsystencyę i wejrzenie zupy grochowéj. Od czasu do czasu występują napady kolki, połączonéj niekiedy z wymiotami (nawet kałowemi), jednocześnie mocne wzdęcie brzucha. Wzdęcie to może być tylko częściowem; czasem widać przez powłoki brzuszne ruch robaczkowy wzdętego jelita a przy opukiwaniu takich okolic wywołać można stale bulkotanie. Gdy wzdęcie brzucha lub też pewnych części przewodu pokarmowego oraz ruch robaczkowy jelit dojdą do maximum a kolka znacznie się wzmoże, występują w brzuchu szmery o wybitnie muzycznéj cesze; szmery te kończą się zazwyczaj b a r d z o c h a r a k t e r y s t y c z n y m s z m e r e m, p r z y p o m i n a j ą c y m z u p e ł n i e s z m e r, p o w s t a j ą c y p r z y w y t ł a c z a n i u z e s t r z y k a w k i z a w a r t e g o w n i e j p ł y n u. Wkrótce po szmerze tym brzuch opada, kolka ustaje i następuje wypróżnienie. Obraz ten jest tak charakterystycznym, tak stale występuje w przypadkach gruźliczego zwężenia jelita, że uważać go należy za typowy dla omawianego cierpienia. Oczywiście rozpoznanie staje się jeszcze pewniejszem, jeśli i w innych organach można wykazać zmiany gruźlicze; często jednak gruźlica trzyma się przewodu pokarmowego.

Wycięte kawałki zwężonego jelita przedstawiały obraz również charakterystyczny dla gruźlicy, jako to gruzełki typowe, owrzodzenia i t. d.; samo zwężenie było we wszystkich przypadkach bardzo znaczne: woda, wlana do jelita doprowadzającego albo nie przechodziła wcale przez zwężenie albo też sączyła się kroplami; zwężenie było zazwyczaj stosunkowo długie ($1^1/_2$—6 ctm.) a w miejscu tem światło jelita było wysłane miękką ziarniną. Część jelita dopro-

wadzająca do zwężenia była oczywiście rozszerzoną, mięśnie przerosłe, część odprowadzająca zapadła, zanikła. W części doprowadzającej znajdywał Prof. Koenig w swoich przypadkach przed zwężeniem owrzodzenie gruźlicze; jestto fakt o tyle ważny, że dowodzi, iż zabliźnienie się owrzodzeń w jelicie, pociągające za sobą zwężenie jelita, bynajmniej nie jest ostatnim aktem sprawy chorobowéj, która niezależnie od wygojenia się w jednem miejscu, występuje z całem natężeniem w innem.

Rozróżnienie zwężenia jelita natury gruźliczéj od zwężeń powstałych po tyfusie, czerwonce lub też wskutek raka nie przedstawia według autora trudności. Znaczne zwężenia jelita po tyfusie lub czerwonce spotykają się przedewszystkiem bardzo rzadko w porównaniu ze zwężeniami gruźliczemi; powtóre zaś wiadomości o przebytéj chorobie mogą nam służyć za wskazówkę. Co się zaś tyczy zwężeń powstałych wskutek raka, to nie mogą w nich wystąpić owe charakterystyczne objawy obserwowane pod koniec kolki przy zwężeniu jelita gruźliczem z téj przyczyny, że 1) samo zwężenie nie bywa wobec raku ani tak długiem i wązkiem a zarazem światło miejsca zwężonego nie jest wysłane tak miękką tkanką, 2) elastyczność ściany jelita doprowadzającego nie jest tak dobrze zachowaną, jak w gruźlicy.

Rozpoznać więc można zwężenia jelita natury gruźliczéj przeważnie z największem prawdopodobieństwem. (*Deut. Zeitschrift für Chirurgie Bd.* 34. 1892). *K. Klecki.*

Terapija.

L. Sior: **Kalomel w przypadku marskości wątroby.**

Dzięki pracom prof. Sacharyna używano często kalomelu w ostatnich latach w marskości wątroby, nieraz ze znakomitym skutkiem, jak twierdzi Binz i Sacharyn, przez jego własności żółciopędne.

Opisany przypadek Dra Siora należy do bardzo pomyślnych i zachęca do dalszych prób w téj mierze. Chorego przyjęto do szpitala z końcem grudnia 1891 r.: wówczas wynosiły wymiary wątroby u niego 16 ctm. w linii środkowéj, 18½ w sutkowéj, tak, że wątroba sięgała od 4. żebra w linii sutkowéj i na 3 ctm. poniżéj łuku żebrowego. Objawy zresztą inne, charakterystyczne dla marskości wątroby, wyłączały wszelką inną chorobę, zwłaszcza że chory zażywał poprzednio bez skutku jodek potasu. Podawano kalomel w ilości po 5 cntgr. 6 razy na dzień przez 3 dni a, po 3 dniowéj pauzie na nowo dawano kalomel. Leczenie takie stosowano przez 3 miesiące a skutek był tak dobry, że objawy chorobowe ustąpiły, wątroba zaś sięgała tylko od 6 żebra a wymiary jéj, były w porównaniu z poprzednimi 12 ctm. i 14½ ctm. Śledziona, z początku choroby znacznie powiększona również o wiele się zmniejszyła.

Co do dawek kalomelu w marskości wątroby, to Dr. Sior dawał po 5 ctgr. 6 proszków dziennie przez pierwszy miesiąc a w drugim tylko po 4 razy dziennie. Prof. Sacharyn zaś radzi dawać po 6 ctgr. co godzinę a począwszy od 6, dawki co 2 godziny. Po pierwszem należytem wypróżnieniu zielonem radzi wstrzymać dalsze podawanie kalomelu. Jeżeli zaś 12 dawek kalomelu nie wywołało wypróżnienia, to poleca dać łyżkę oleju rącznikowego. Dr. Bossoni dawał po 0·4 na dzień i polecał przytem wyłącznie dyetę mleczną. Skutki także były bardzo dobre. (*Berl. klin. Wschrft.* Nr. 52, 1892).

Analgen (orto-etoksy-ona-monobenzoylamido-chinolin) polecony przez Drów Loebella i Visa jako środek na choroby nerwowe a próbowany w klinikach w Fryburgu i Wrocławiu, ma uśmierzać ból w dawkach 0·5, 3·0, nawet 5·0 na dzień, zwłaszcza w nerwobólach, wiądzie pacierzowym, przewlekłem otruciu wyskokowem, gośćcu mięśniowym i dnie. Żadnych szkodliwych następstw nie wywołuje. Mocz zabarwia na różowo już w ½ do godziny po zażyciu i czyni go odpornym na gnicie. W wodzie prawie się nie rozpuszcza i dlatego najlepiéj podawać go w opłatku. (*Berl. klin. Wochenschr.* Nr. 52, 1892).

Agatyn, jako środek przeciw bólom nerwowym polecony przez Dra E. Rosenbauma, jest połączeniem salicylu z metylfenylhidracynem odkryte przez Dra Roosa. Jestto proszek prawie bezbarwny z lekkim odcieniem zielonkawym, bez zapachu i smaku, w wodzie się nie rozpuszcza, natomiast rozpuszcza się w wyskoku i eterze.

Dr. Rosenbaum, jakoteż Drowie Laquer i Löwenthal polecają go w gośćcu stawowym i nerwobólach, w dawkach po 0·5 kilka razy dziennie, przyczem niema żadnego ubocznego działania i chorzy znoszą go dobrze. Podobnie jak i salicyl wywołuje on poty. (*Deut. med. Ztg.* Nr. 50, 1892).

Dr. J. Surzycki.

Choroby zakaźne.

Guyon: **O wpływie zaschnięcia na prątek choleryczny.**

G. wykazuje, iż hodowle prątków cholerycznych wyschłe na wolnem powietrzu zaledwie przez dni 3 zachowują swą żywotność, wysuszone zaś w suszarni (*exsiccator*) zdolne są dalszego rozwoju przez dni 120. Przypisuje tedy utratę żywotności nie wyschnięciu jako takiemu, lecz utlenieniu. (*Archives de médecine exper. et d'anatomie pathologique* 1892, Nr. 1).

N. Sackharoff: **Uproszczenie rozpoznawania bakteryologicznego błonicy.**

Hodowanie prątków błonicy przez szczepienie cząstek błon na skrzepłéj surowicy krwi jest manipulacyą dosyć kłopotliwą i niełatwą. Autor radzi hodować prątki błonicowe na skrawkach skrzepłego białka kurzego (z jaj dobrze na twardo ugotowanych przy zachowaniu ostrożności aseptycznych otrzymanych i pomieszczonych w wyjałowionych rurkach odczynnikowych). Hodowle uzyskane na téj pożywce mają być bardzo cechujące i rozwijają się szybko. Autor zaleca ten sposób badania jako łatwy lekarzom praktykującym.

(W każdym razie jednak bez pewnéj propedeutyki bakteryologicznéj badanie takie w celach rozpoznawczych może prowadzić na bezdroża. *Ref.*) (*Annales de l'Institut Pasteur* 1892, Nr. 6).

J. Ritter: **O etyologii krztuśca.**

Odczyt w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 2 Listopada 1892.

Autor wyhodował na płytach agarowych z wydzieliny oskrzelowéj, wykaszlanéj na końcu napadu (znane białe jak mleko grudki rozmiarów soczewicy) po upływie 20 godzin w ciepłocie od 36° C.—38° C. małe, dokładnie ograniczone, opalizujące, szarawe kolonie wyróżniające się wyraźnie od innych. Kolonie to udawały się tylko na agarze, na żelatynie; w bulionie i na ziemniakach nie rozwijały się. Ciepłota od 36°—38° C. jest do rozwoju ich najodpowiedniejsza. Powyżéj 42° C. i poniżéj 30° C. nie rozwijają się zupełnie.

Mikroskop wykazuje, że kolonie te składają się wyłącznie z diplokoków bardzo małych, ułożonych w kępkach, prostych lub krętych, małych łańcuszkach, lecz zawsze parami: są one okrągłe, nieco spłaszczone w miejscach, gdzie się koki ze sobą stykają tworząc diplokoki; barwią się zwykłemi barwikami anilinowemi w roztczynach wodnych, tudzież metodą Grama. Autor znalazł rzeczony diplokok stale w 18 badanych przypadkach krztuśca i przypisuje mu znaczenie etyologiczne. W pracy swéj wykazuje cechy odróżniające diplokok od innych postacią podobnych, jak diplokok Fraenkla, Panego, Millera i t. p., które się uwydatniają w sposobie hodowania na różnych pożywkach jak i w postaci hodowli.

Doświadczeń na zwierzętach z hodowlami dotąd nie robił, lecz zaszczepił grudki z wydzieliny oskrzelowéj, które stanowiły materyał bakteryologicznego badania, w błonę śluzową tchawicy dwóch psów, które okazywały po zaszczepieniu napady kaszlu do krztuścowych podobne.

B. Pernice i G. Scagliosi: **O wydzielaniu bakteryj z ustroju.**

Autorowie czynili w zakładzie anatomiczno patologicznym w Palermo doświadczenia na zwierzętach, mianowicie psach, świnkach morskich i białych myszach, którym bakterye częścią w tkankę podskórną, częścią wprost do krwi wstrzykiwali i badali, czy i po upływie jakiego czasu bakterye przechodzą do krwi, do tkanin i do wydzielin. Skutki były następujące:

1) *Staphylococcus pyogenes aureus, Bacillus pyocyan., Micrococcus prodig.* opuszczają ustrój różnemi drogami: żółcią, moczem, przez błonę śluzową jamy nosa, ust, tchawicy, żołądka, jelit, macicy, pochwy, nadto przechodzą do mleka, nasienia, wysięków otrzewnowych i opłucnowych. *Bacillus subtilis* przechodzi nawet z matki do płodu.

2) Wydzielanie następuje w 4—6 godzin po wstrzyknięciu i trwa 24—48 godzin, jeżeli zwierzę wcześniéj nie ginie.

3) *Micrococcus prodigiosus* i *bacill. pyocyan.* zachowują po wydzieleniu z ustroju zdolność wytwarzania barwika.

4) *Bacillus anthracis* nie traci po wydzieleniu z ustroju swéj jadowitości.

5) Nerki po wstrzyknięciu wszelakich bakteryj okazują ciężkie zmiany miąższowe.

Autorowie tedy na podstawie swych doświadczeń twierdzą, że bakterye chorobotwórcze opuszczają ustrój częściowo przez różne wydzieliny, częściowo zaś ulegają w tkaninach ustroju zniszczeniu drogą fagocytozy lub skutkiem wrogiego bakteryom wpływu surowicy krwi. Ze względu na leczenie chorób zakaźnych, zalecają przedewszystkiem pobudzenie narządów wydzielających do żywszego wydzielania, szczególniéj przyjmowanie znacznéj ilości wody celem niejako wypłukania bakteryj z ustroju, co od dłuższego czasu włoscy lekarze w durze brzusznym stosują. (Z doświadczeń na zwierzętach atoli tylko z największą ostrożnością czerpać należy wskazówki lecznicze. *Ref.*) (*Deutsche med. Wochenschrift*).

J. Forster: **O rozwoju bakteryj w niskiéj ciepłocie.**

Autor mięszał z żelatyną wodę, cząstki różnych spożywek, odpadków i t. p. i wylewał na płyty. Płyty te przechowywał w lodowni, któréj wewnętrzna ciepłota bardzo mało od 0° C. zbaczała. Po 10—12 dniach rozwijały się hodowle niektórych bakteryj, które autor przeszczepiał do rurek odczynnikowych i hodował daléj w zwykłéj ciepłocie lub w termostacie celem wybadania własności biologicznych bakteryj.

Wprawdzie tylko mało gatunków mogło się rozwijać w ciepłocie 0° C., jednak były to właśnie bakterye najpospolitsze n. p. na pożywkach napotykane. Wiadomo wszakże, że potrawy, mięso i t. p. w lodowniach przechowywane po kilku dniach przybierają woń niemiłą i smak wstrętny, a wydobyte z lodowni i daléj w ciepłocie pokojowéj trzymane ulegają szybko gniciu. Do konserwowania tedy żywności zapomocą zimna ciepłota 0° C. nie wystarcza. (*Centralblatt für Bacterienkunde* T. XII. Nr. 13).

Sahli: **Przyczynek do etyologii ostrego gośćca stawowego.**

Autor miał sposobność pośmiertnego badania przypadku ostrego gośćca stawowego z następowem zapaleniem włóknikowem osierdzia i zapaleniem śródsierdzia. Tak wydzielinę stawową jak i strzępki włóknikowe z jamy osierdzia i wybujałości śródsierdziowe poddał badaniu bakteryologicznemu, które wykazało przedewszystkiem mnogość hodowli koka, odpowiadającego w zupełności zachowaniem się na różnych pożywkach i wejrzeniem mikroskopowém drobnoustrojowi zwanemu: *Staphylococcus citreus.* Autor sądzi tedy, że rodzaj ten koka groniastego albo był przyczyną gośćca ostrego stawowego albo też w formie zakażenia mięszanego wywołał powikłania choroby pierwotnéj. Przypuszczenie pierwsze wydaje mu się prawdopodobniejsze i skłania go do zapatrywania, że ropne koki osłabione, już niezdolne ropienia wywołać, są istotą chorobotwórczą ostrego gośćca stawowego. (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte,* 22 rocznik 1892).

Armin Huber: **Koki ropne we krwi w przypadku zanogcicy.**

U choréj mocno gorączkującéj, cierpiącéj na zanogcicę ropiejącą (*panaritium*) lewego wielkiego palca, badał autor bakteryologicznie krew uzyskaną przez nakłucie wyżarzoną poprzednio igłą z brzuśca palca średniego ręki prawéj (skóra została przedtem oczyszczoną przez zmycie roztworem sublimatu, wyskokiem i eterem); nadto badał ropę z zanogcicy saméj wśród ostrożności aseptycznych wydobytą. W rurkach agarowych i żelatynowych otrzymał tak ze krwi jak z ropy ten sam drobnoustrój t. j. *staphylococcus pyogenes albus.* Celem stwierdzenia jadowitości wyhodowanego koka wstrzyknął pod skórę mętwę z hodowli agarowéj dwom królikom, co sprawiło rozwój ropni podskórnych. Ze spostrzeżenia powyższego jest widocznem, że nie co innego jak *staphylococcus albus,* przeszedłszy z zanogcicy do krwi wywołał c i ę ż k i s t a n g o r ą c z k o w y u choréj. (*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte.* Rocznik XII. 1892.)

J. Denys: **O zakażeniach moczowych.**

Autor wbrew zapatrywaniu większości badaczy, że *bacillus coli communis* jest najczęstszą przyczyną zaburzeń w drogach moczowych, twierdzi na podstawie widocznie ścisłych i krytycznych doświadczeń, że najczęściéj istotą chorobotwórczą tych zaburzeń jest *bacillus lactis aërogenes,* ten sam, który znachodzi się w stolcach osesków karmionych mlekiem matki i dopiero w drugim rzędzie działają w téj mierze koki ropne jak *staphylococcus* i *streptococcus pyogenes,* tudzież prątek gruźliczy. Autor sądzi, że klasyfikacya naukowa katarów pęcherza w przyszłości zawisłą będzie od gatunku drobnoustroju chorobotwórczego, który je sprawia (w żadnym razie nie rychło do téj ścisłości klasyfikacyjnéj dojdziemy i potrzeba tu długiego szeregu ścisłych badań i spostrzeżeń. *Ref.*) *Extrait du Bulletin de l'Académie royale de médecine,* Bruksela 1892.

Lidya Olitzka: **O antagonistycznem działaniu *bacillus fluorescens liquefaciens* i jego hygienicznem znaczeniu.**

Autorka badała wpływ *bacilli fluor.* na rozwój następujących drobnoustrojów: *Bacillus fluorescens non liquefaciens, Bac. prodigiosus, Bac. pyocyan., Staphylococcus pyogenes aureus, bacill. anthracis, bacillus cholerae asiat., bac. typhi, bacillus tuberculosis, pneumococcus Fraenkla.* Postępowała w téj mierze w ten sposób, że szczepiła przez posunięcie igłą platynową w rurkach agarowych *bacillus fluorescens liquef.* i jeden z podanych drobnoustrojów w odległości 6 milimetrów, albo też na pożywkach zużytych przez rozwój *bacilli fluor. liqu.* i potem dokładnie wyjałowionych szczepiła jeden z tychże drobnoustrojów.

Wypadek był następujący: *Bacillus fluor. liqu.* nie okazuje antagonizmu względem *bacill. fluorescens putridus,* względem prątka gruźliczego i pneumokoka Fraenkla; jest jednak m o c n y m a n t a g o n i s t ą prątka przecinkowego cholery, prątka zielonéj ropy i *staphylococcus pyogenes aureus.* Nakoniec autorka zastanawia się nad higieniczną donioslością rezultatów powyższych doświadczeń, lecz nie kusi się rozstrzygnąć, czy *bacill. fluorescens liquefaciens* w téj ilości, w któréj napotyka się w wodzie, może wywrzeć pewien wpływ powstrzymujący rozwój prątka cholery i duru brzusznego. (*Aus der medizin. Klinik in Bern. Inauguraldissertation* 1891). *Dr. Poniklo.*

Choroby uszne.

O chorobach usznych podczas epidemii influenzy.

Wpływ influenzy na narząd słuchowy od pierwszego jej wystąpienia w rozmaitych stronach spostrzegano i uznano. Ścisły związek anatomiczny i fizyologiczny ucha środkowego z narządem oddechowym potwierdza właśnie to współcierpienie ucha podczas owej epidemii będącej niezaprzeczenie przeważnie natury nieżytowej. Aczkolwiek powikłanie jako takie powszechnie uznano, jednak zapatrywania co do przebiegu i własności tych zboczeń usznych różnią się bardzo. Po największej części autorowie przyznają influenzyjnym chorobom usznym pewne osobne, cechujące własności. Inni znowu zaprzeczają wszelkiej odrębności. Wszyscy atoli jednomyślnie zgadzają się na to, że choroby uszne podczas tej epidemii o wiele liczniej występowały, niż o tym samym czasie w innych wolnych od epidemii latach. Stosunek ten uwydatniają dobitnie statystyczne zestawienia porównawcze Grubera, Politzera, Ludewiga, Löwenberga i innych. Wszyscy również jednomyślnie prawie utrzymują, że najczęstszemi powikłaniami ze strony ucha były ostre zapalenia nieżytowe i ropne ucha środkowego. W dostępnej sobie literaturze znalazłem, że Dreyfuss i Schwabach pierwsi donieśli o tej komplikacyi (*Berlin klin. Wochenschft* 1890 3.) a jako cechujące

objawy zaznaczyli przekrwienie i krwotoki z błony bębenkowéj lub wystąpienie podbiegnięć i pęcherzyków krwią napełnionych, co bardzo rzadko pojawia się w zwykłych ostrych zapaleniach tego narządu. Patrzek (*Allgem. med. Central Ztg.* 1890. 6. i 9) podaje krwawienia w postaci wybroczyn w błonie bęb. jako charakterystyczne objawy zapalenia usznego o tym czasie. Rohrer (*Archiv. f. Ohrenheilk.* T. 30. Z. 1 i 2) zwraca uwagę na objawy nerwowe ze strony nerwu słuchowego w przebiegu influenzy, które sobie tłumaczy dostaniem się drobnoustrojów Klebsa w krew. We wszystkich przypadkach bole w uchu były nadzwyczaj mocne. W jednym przypadku ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego zauważył krwotok z bł. bęb. Michael (*Deutsche med. W.* 1890. Nr. 6.) upatruje w jednej części chorób usznych podczas epidemii pojawiających się nie powikłania, lecz influenzę samą w uchu umiejscowioną i odznaczającą się od innych influenzie towarzyszących chorób usznych, skłonnością do powstania przekrwienia, wybrocz n, krwawo surowiczej wydzieliny i wielkich bolów, które nawet po przebiciu błony bęb. nie ustępują. Jankau (tamże Nr. 12). przypisuje tym zboczeniom stanowczo odrębność, którą upatruje w stanie błony bęb. i w miejscu jej przebicia. Błona bęb. była zawsze ciemnoczerwono natrzyknięta, nacieklła przypominając aksamit i pokryta mniejszemi lub większemi wybroczynami. Przebicie samowolne następowało z klasyczną regularnością w przednim dolnym odcinku; wydzielina była zawsze surowiczą lub surowiczo krwawą. Hang. (*Münch. med. Wochs.* 1890. 8) uważa cierpienia te jako zarażenie (*Kontakt-infection*) pochodzące z rozszerzenia się chorób nieżytowych narządu oddechowego na narząd słuchowy. W 26 przyp. zauważał zwykły nieżyt trąbki, w 27 przyp. ropne, względnie ślnzowo ropne zapalenie z przebiciem błony bęb., w 17 krwotoczne zapalenie. To ostatnie odznaczało się ciemnoczerwonem zabarwieniem błony bęb., wystąpieniem na niej pęcherzyków krwotocznych, nadzwyczajnemi bólami i bardzo wielką gorączką. Po przebiciu dobrowolnem lub operacyjnem wypływała z początku krew płynna lub skrzepła. Sprawa przedłużała się przez przeobrażenie się postaci krwotocznej w zwykłe zapalenie ropne.

Eitelberg (*Wien. med. Wschrft* 1890. 7.) widzi również znamię tego powikłania w krwawieniach z ucha przez siebie spostrzeganych i pochodzących z przekrwienia znacznego błony bęb. i ucha środkowego. W dwóch przypadkach musiał nawet tamponować przewód uszny z przyczyny krwawienia groźnego. Podnosi jednak podobnie, jak większa część innych autorów, że mimo burzliwych i niepokojących objawów początkowych, przebieg był wogóle bardzo pomyślny, a przywrócenie zdrowia zupełne i szybkie. Wyrostek sutkowy był bolesny prawie we wszystkich przypadkach. Gruber (*Allgem. Wien. med. Ztg* 1890. 10.) kładzie nacisk na częste pojawianie się spraw nieżytowych i zapalno-ropnych w uchu podczas influenzy, na gwałtowny przebieg z gorączką i ciężkiemi objawami podmiotowemi i przedmiotowemi. Z ostatnich zwracało na siebie uwagę znaczne przekrwienie błony śluzowéj ucha środkowego, błony bęb. i ucha zewnętrznego. Na błonie bęb. powstawały pęcherzyki krwią napełnione jakoteż rozlane wynaczynienia. Często przystępowało zapalenie kości i okostny w okolicy wyrostka sutkowego, a u 6-ciu chorych, którzy poprzednio nie byli dotknięci żadnem cierpieniem ucha, musiano otworzyć wyrostek sutkowy, w którem znajdywano rozległą jamę wypełnioną ropą i ziarninami. Wszyscy wprawdzie wyzdrowieli, mimo to liczy Graefe przypadki te do najcięższych, jakie kiedy spotkał. Politzer (*Wien. med. Blätter* 1890. 9 i 10) spostrzegał często podczas epidemii postać zapalenia błony bębenkowéj, które opisał i nazwał *Myringitis bulbosa haemorrhagica*. Bóle w uchu były nadzwyczaj mocne, rozpromieniały się wokół i nie ustępowały nawet po przebiciu błony bębenkowéj. Często przychodziło do ropienia we wyrostku sutkowym. Henneberg uważa zapalenie uszne influenzyjne za chorobę zupełnie odrębną. Pierwotnie występuje zapalenie błony bębnowéj z wynaczynieniami śródmiąższowemi, wtórorzędnie przyłącza się często zapalenie jamy bębenkowéj. Löwenberg (*Bulletin med.* 1890. 3 i *Les affectionis de l'oreille dans la grippe* 1890) między 52 przypadkami miał tylko dwa z cechą ostrą, poważną z przebiegiem powolnym. Wszystkie inne, prócz częstszego pojawiania się, nic odrębnego nie przedstawiały.

Ze zestawienia porównawczego Ludewiga (*Archiv. f. Ohrenheilk* T. *30* z. *3*) wynika, że autor ten podczas epidemii influenzy leczył trzy razy więcéj chorych na ostre zapalenie ucha środkowego, niż w równym czasie w latach poprzednich. Szczególnéj cechy patognostycznéj i on nie zauważył. Niekiedy tylko bolesność była bardzo wielka i rozpromieniała się na czoło i szczęki. Często zapalenie zajmowało kości. W jednym przypadku zapalenia ostrego ucha środkowego wskutek influenzy przyszło do próchnienia ostrego, zapalenia ropnego żyły zatoki (*sinusplebitis*) i do śmierci wskutek ropnicy. Po śmierci znaleziono takie rozległe zniszczenie kości, jak to bywa w najzłośliwszych chorobach zakaźnych. Na podstawie swych doświadczeń uważa Ludewig zapalenie ucha influenzyjne za chorobę podstępną, niekiedy życiu zagrażającą. W sekcyi otologicznéj X. zjazdu lekarskiego międzynarodowego w Berlinie r. 1890 Jansen w swym odczycie o tym przedmiocie (tamże t. 31. z. 2—3) zaznacza częstsze występowanie cechy krwotocznéj i częste szerzenie się zapalenia na wyrostek sutkowy (w 57 przypadkach). W 25 przypadkach dłutem wykuto wyrostek. Większa część tych przypadków przyszła do leczenia już z rozwiniętym otokiem ropnym w wyrostku. W 10 przypadkach wystąpiły objawy mózgowe, jak mocne bóle głowy, nudności, wymioty, zawrót i zwolnienie tętna. (Dok. nast.).

Notatki terapeutyczne.

4) Desprez zaleca w cholerze chloroform w następującéj postaci:

Rp.	*Chloroformii*	1·00
	Spir. vini rectif.	8.00
	Liqu. ammonii acetici	10 00
	Aquae destill.	110·00
	Morphini muriatici	0 02
	Syr. simpl.	40 00

MDS. Co pół godziny po łyżce stołowéj zażywać aż do złagodnienia przypadów. (*Sem. medicale* 14/IX 1892).

5) Do sporządzania gazy jodoformowéj w małéj ilości podaje Gay następujący przepis:

Rp.	*Aetheris sulfurici*	*700 ccm.*
	Benzini	*500* „
	Paraffini liquidi	*10* „
	Misce. Dein adde	
	Resinae elemi	*5 grm.*
	Perfecta solutione	
	Adde	
	Jodoformii	*50 grm.*
	Solvatur.	

Płyn w téj ilości sporządzony wystarcza na 10 metrów gazy stosownéj. (*Union pharm.* 5. 1892).

6) Do zniesienia ile możności woni jodoformu podaje farmakopea holenderska przepis:

Rp.	*Jodoformii*	*197·00*
	Acidi carbolici puri	*1 00*
	Olei menthae piperitae	*2·00*

V. Z zakładu medycyny sądowéj Uniw. Jagiell.

O samobójstwie w ogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w latach od 1881—1892.

Według wykładu w Tow. lek. krak. w d. 7. grudnia 1892 r.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent zakł. med. sąd. Uniw. Jag. i lekarz sądowy.

Każdemu stworzeniu a przeto i człowiekowi wrodzone są poszanowanie i chęć utrzymania własnego zdrowia jak

również życia. A jeżeli życie, nawet nędzarzowi miłe, przyniesie wiele zawodów i nieszczęsnych kolizyj, to jeszcze nie każdy w tem położeniu ucieka się do samobójstwa, wierząc w szczęśliwsze oblicze przyszłego jutra. Samobójstwo wydarza się coraz to częściéj w miarę postępu cywilizacyi i tworzenia się coraz to liczniejszych potrzeb codziennego bytu, obok coraz trudniejszych do niego warunków. Samobójstwo wypływa z egoizmu człowieka, który, nie mogąc dojść do celu zamierzonego, woli skrócić sobie czas męki. Mękę tę zaś stwarza umysł jego własny, gdyż, jak to trafnie Saint-Marc Girardin powiada, żaden człowiek nie pozbawiłby się życia, gdyby rozwinięta czynność jego mózgu nie dostarczyła mu męczarni umysłowéj.

Samobójstwa apoteozować nie można, gdyż nie dowodzi ono ani męztwa ani żadnych podniosłych idei; wprawdzie dzieje starożytne podnoszą z uznaniem samobójstwa Seneki i Katona, jako wypływ szlachetnych motywów: miłości ojczyzny lub przekonania filozoficznego, jednak w każdym razie były one również i skutkiem egoizmu. Tylko takie samobójstwa można uważać za powstałe ze szlachetnéj pobudki, w którem jednostka poświęca swe życie dla dobra bliźnich, mimo iż umierać jéj trudno a życie jéj jest drogiem.

Samobójstwo wydarza się od najdawniejszych czasów. Już historya biblijna starego testamentu wspomina o przypadkach samobójstwa, np. króla Saula. W społeczeństwie izraelickiem samobójstwo stało się częstszem od chwili powrotu z niewoli babilońskiéj. Zdaje się, że zmięszanie się ludności wziętéj w niewolę z zwycięzcami było tego przyczyną, jak również może osłabienie wiary, które fałszywi prorocy wywołali. W Rzymie za czasów cesarstwa samobójstwo było rzeczą powszednią a stało się rzadszem dopiero za nastaniem ery chrześcijańskiéj. W średnich wiekach głęboka wiara i z niéj płynące poczucie moralności wstrzymywały ludność od zamachów samobójczych. W wiekach nowych, a zwłaszcza w obecnéj dobie, różne teorye wstrząsnęły i zachwiały gorącą i głęboką wiarę ludzi, nie dając natomiast nic w zamian, coby zbłąkane umysły z nad brzegu zniszczenia sprowadzało na drogę normalną. Poczucie moralności upadło w obecnéj chwili a to u tych jednostek, których namiętności miały wiarę za hamulec.

Wedle Morsellego samobójstwo jest skutkiem walki o byt, naturalnego odpadku w ludzkości mocą prawa rozwoju cywilizacyjnego.

Pierwszy Robert Malthus w znakomitem swem dziele o zasadniczych podstawach i warunkach rozkrzewiania się ludności, zwrócił uwagę, iż powodem braku rozwoju dobrobytu i poczucia moralności jest walka o byt. A walka o byt, wedle jego zapatrywania, jest następstwem stosunkowo większego mnożenia się ludności, niż środków odżywczych. — O ile prawdziwem jest twierdzenie Malthusa, nie można się spierać, tyle jednak jest pewnem, że na tem jego twierdzeniu oparł Darwin swą teoryę ewolucyjną. Nie da się zaprzeczyć, że w ogólnéj walce o byt żyjącego jestestwa człowiek od wieków pierwsze miejsce zajmuje i że on téj walce zawdzięcza rozwój tak swych fizycznych jak i intellekualnych zdolności. Człowiek wytyka sobie cel, do którego przy użyciu wszystkich swych sił zdążyć pragnie. Często zdaje mu się, że jest już bliskim zakreślonéj sobie mety, gdy ktoś silniejszy cel jego dążności z przed oczu mu porywa. Przegrana w chwili, gdy mu się zdawało, że jest już panem ostatecznego celu, odbija się na jego stanie psychicznym, siła umysłu jego łamie się nagle. Jednostka zwyciężona w walce konkurencyjnéj, zapada w choroby fizyczne, umysłowe, popada w ubóstwo, staje się zbrodniarzem lub samobójcą. — Ztądto statystyka wykazuje, że w miarę wzrostu ludności i rozwoju jéj, wskutek utrudnienia szans zwycięztwa w ogólnéj walce o byt, zwiększa się liczba jednostek podpadających ubóstwu, prostytucyi, chorobom umysłowym i samobójstwu.

Od dawna już przypisywano samobójcom anormalny stan umysłu. O ile z jednéj strony pewną jest rzeczą, że w zamglonym umyśle obłąkanych bardzo często rodzi się myśl lub popęd samobójczy, o tyle z drugiéj strony nie można twierdzić uporczywie, że zboczenie umysłu jest jedyną, konieczną przyczyną samobójstwa. Wprawdzie nie ulega wątpliwości, że bieg i kojarzenie się myśli u samobójców nosi niezatarte znamię chorobliwego stanu, przecież jednak tak jak choroba umysłowa może być bez samobójczych popędów, tak również i samobójstwo może być skutkiem zimnéj i logicznéj rozwagi. Impuls do samobójstwa bywa zwykle czysto podmiotowym i rozwija się w danym ustroju bez żadnych wpływów zewnętrznych. Bardzo pożądanem byłoby do ocenienia impulsów i stanu umysłowego samobójców, gdyby przeważna liczba samobójców podawała powody swego czynu. Niestety życzenie to, wypowiedziane już przez Voltaira, zostaje tylko życzeniem.

W krok za coraz to doskonalszym rozwojem ludzkości idą szersze i większe potrzeby. Niemożność zaspokojenia tych potrzeb stać się może motywem zbrodni albo samobójstwa. I tak w klasach roboczych zauważyć można niemożność zaspokojenia głodu, jako powód samobójstwa; u ludzi, których uczuciem wzgardzono, jak np. u starających się o względy kobiet, niemożność zaspokojenia popędu płciowego również skłania do samobójstwa; podobnież i zawiedzione nadzieje w osiągnięciu stanowiska upragnionego itd. Innym razem przyczyną popędu do samobójstwa bywa choroba umysłowa lub ciężka i długa choroba fizyczna w przeciwieństwie do poprzedniego szeregu, w którym duch się zamroczył chwilowem niepowodzeniem, nieszczęściem itd.

Cullere twierdzi, iż popęd do samobójstwa rodzi się na gruncie przygotowanym dlań przez zwyrodnienie, że jest on jedną z form obciążenia umysłowego, zdarzającą się często wespół ze zboczeniami tejże saméj natury, jak np. popędem do morderstwa, zboczeń płciowych, okresowego opilstwa (dipsomania) lub popędem do podpalania. Wiadomo, że popędy do morderstwa, podpalania itd. bywają czasem skutkami braku wolnéj woli u człowieka, tj. tak zwanych myśli przymusowych. Dr. Magnan, lekarz przytuliska dla obłąkanych w Paryżu, opisał dokładnie stany pozornego zdrowia umysłowego, w których jednak myśli przymusowe znoszą swobodę działania jednostki, wolną jéj wolę, pomimo zupełnéj świadomości, iż myśl przymusowa skłania do czynu niemoralnego i występnego. Czy także u samobójców nie powstają myśli przymusowe, do czynu tego skłaniające, z powodu braku danych twierdzić nie można, jednak przypuścić należy.

Liczba samobójstw wydaje się zależną od pewnych wpływów. Wpływy te są po części zewnętrzne jak wpływy klimatu, pór roku, stanów atmosferycznych, po części zaś zależą one od rasy, wyznania i poziomu wykształcenia umysłowego, względnie cywilizacyi.

Co do klimatu, toć już Swetoniusz i Tacyt z podziwem piszą o ludach północnéj Europy, mianowicie o Celtach i Germanach, iż lekceważą własne życie a Montesquieu uważa, wprawdzie niesłusznie, Anglię za kraj, w którym samobójstwo jest najczęstszem. Badaniom statystycznym Morsellego zawdzięczamy wykazanie, iż najczęściéj trafiają się samobójstwa w środkowéj części Europy, położonéj między 47. a 57. stopniem szerokości, między 20. a 24. stopniem długości a więc w części, dla któréj linia równego ciepła czyli izoterma waha się między $+12 \cdot 5$ a $+7 \cdot 5°$ C. Do téj części należy Galicya wraz z Bukowiną, dla których liczba samobójstw w stosunku do miliona mieszkańców wedle obliczeń Morsellego, sięgających aż do roku 1877, wynosi 98. Od pasu tego, w którym samobójstwa zdarzają się najczęściéj, postępując na północ lub południe, spotyka się coraz mniéj samobójstw.

Morselli zwrócił i na to uwagę, iż liczba samobójstw zależy od stosunków tellurycznych, gdyż najczęściéj zdarza się samobójstwo w nizinach, znacznie rzadziéj w częściach lub krajach górzystych. Jeźli się jednak uwzględni tę okoliczność, że najczęściéj mieszka ludność w dolinach, po miastach wielkich, zwykle nad rzekami wielkiemi położonych, to nie dziwno, iż liczba samobójstw w nizinach bywa wię-

szą. Największa gęstość ludności jest w nizinach, które znowu co do swéj geologicznéj budowy odpowiadają formacyi napływowéj (alluwialnéj) najmłodszéj epoki.

Co do wpływów pór roku, to wedle badań Guerrego, Legoyta, Wagnera i Morsellego najczęściéj zdarzają się samobójstwa w porze letniéj, mianowicie czerwcu, maju i lipcu. Przełom pory letniéj ku zimowéj, przypadający w miesiącu październiku i listopadzie, okazuje drugie, jakkolwiek od letniego mniejsze powiększenie się liczby samobójstw. Czynnikiem tu działającym nie jest wpływ ciepłoty wyższéj lub niższéj, lecz zmiana jéj dość nagła, nagabująca ustrój jeszcze do innéj ciepłoty nie nawykły.

O ile wpływ odmian księżyca stanowczo stwierdzono na choroby umysłowe i padaczkę, o tyle nie ma jeszcze dowodu statystycznego, że i liczba samobójstw od niego zależy. Prawdopodobnie jednak pełnia księżyca i ostatnia kwadra, w czasie których wedle Schiaparellego najwięcéj bywa dni słotnych i burzliwych, wykazują największą liczbę samobójstw. Nie ulega bowiem wątpliwości, iż dnie słotne, ponure i wietrzne przygnębiają umysł nawet zupełnie zdrowy, tembardziéj zatem umysł wrażliwy, niezupełnie prawidłowy, jaki trzeba przypuścić u samobójców.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Były redaktor *Przeglądu Lek.*, prof. Halban otrzymał z Poznania następujący telegram:

Serdeczne Bóg zapłać za tyloletnią pracę około rozwoju *Przeglądu Lekarskiego.*

Chłapowski. Wicherkiewicz. Święcicki.

— Dowiadujemy się, że III. zeszyt podręcznika chirurgii prof. Rydygiera, zawierający choroby kręgosłupa i klatki piersiowéj, wyjdzie w lutym b. r. na pewno.

— W Towarzystwie lekarskiem warszawskiem wybrano na posiedzeniu w dniu 3 b. m. prezesem Edwarda Przewoskiego, wiceprezesem Stanisława Markiewicza, sekretarzem dorocznym Witolda Szumlańskiego, podskarbim Stanisława Kondratowicza, członkami Komitetu Bolesława Gepnera ojca, Zygmunta Kramsztyka i Franciszka Jawdyńskiego.

— Komitet gospodarczy jedenastego międzynarodowego kongresu lekarskiego ogłasza, że uroczyste otwarcie kongresu odbędzie się w Rzymie 24. września b. r. w obecności króla włoskiego. W dniu następnym rozpoczną się posiedzenia ogólne i sekcyjne. W czasie kongresu odbędzie się międzynarodowa wystawa lekarska i higieniczna.

Komitet postarał się dla członków kongresu o rozmaite ulgi i dogodności na kolejach żelaznych i parowcach a mianowicie o bilety okrężne po Włoszech, dozwalające zwiedzania ważniejszych miast w tem państwie.

Składka wynosi od osoby po 25 lirów (czyli franków) i nadaje prawo do egzemplarza rozpraw kongresu.

Dla żon członków kongresu będą karty legitymacyjne uprawniające do korzystania z ulg i dogodności przyznanych członkom i do udziału we festynach z powodu kongresu urządzić się mających w Rzymie.

Języki francuski, włoski, angielski i niemiecki są urzędowemi językami kongresu.

Zamierzający mieć wykłady winni je zapowiedzieć jeneralnemu sekretarzowi (prof. E. Maragliano w Genui) najpóźniéj 30. czerwca r. b. a najpóźniéj 31. lipca podać treść i wnioski z nich wysnute celem wydrukowania i rozdzielenia między członków kongresu. Wykłady po 30. czerwca 1893 zapowiedziane odbyć się będą mogły tylko, o ile czasu po innych pozostanie.

— Zarząd powszechnéj wystawy w Chicago ogłosił, że na wystawę nie będzie przyjmować żadnych uniwersalnych i tajnych środków lekarskich.

Nekrologia. Zmarli: w dniu 6. listopada w Kragujewacu w Serbii Dr. Leonard Łątkiewicz, podpułkownik w korpusie lekarskim, w 57 roku życia. — W Nowéj Aleksandryi w dniu 26. listopada Dr. Izydor Gerhardt w 84 roku życia, od lat 61 lekarz praktyczny a od lat 34 lekarz zakładu nowoaleksandryjskiego. — W Kolorasz w Besarabii w dniu 11. listopada lekarz ziemstwa Antoni Żółkiewicz w 58 r. ż. — W Lipowcu w gubernii kijowskiéj młody lekarz K. Przestępski. — W Warszawie w dniu 3 b. m. Józef Konstanty Rosć, b. profesor patologii i terapii szczegółowéj a późniéj historyi medycyny w b. szkole głównej warszawskiéj.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18-go stycznia b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie administracyjne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). — Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie Prezesa; 2) Sprawozdanie urzędników Towarzystwa i przewodniczących Komisyj za r. 1892; 3) Wnioski członków.

— Dla dogodności Sz. Kolegów Członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego będzie adres do prof. Halbana wystawiony do podpisu w księgarni Wnego Krzyżanowskiego jeszcze w niedzielę 15. i w poniedziałek 16. stycznia r. b.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **E. F. w K.** Kolodyon (*collodium*) w pęcherzycy zjadliwéj (*pemphigus foliaceus*) jest stanowczo przeciwwskazanem i musi bezwarunkowo potęgować już istniejące bóle. Najlepszymi środkami, których w téj chorobie można użyć, są środki osłaniające. Jeżeli choroba zajmuje znaczne przestrzenie skóry, stosować należy miejscowo, o ile możności, jak najłagodniejsze środki, jak np. posypki z *Talc. venetum i Amylum oriz. āā part. aeq.* lub maście jak *Ung. Zinci oxydati c. Acido borico* (0·50%) — *Glycerin — Crême* (*Glycerini 40, Amyli tritici 10. Coque et misce*) lub tp. W przypadkach, w których skóra jest obrzękła i zaczerwieniona a skutkiem tego bóle się potęgują, dobre usługi oddają okłady z *Liq. Burowii* w równych częściach z wodą lub w rozczynie 25%. — Bardzo dobrze działają ciągłe kąpiele. Leczenie ogólne stosuje się do szczegółowych wskazań w danym przypadku.

Wny Dr. **D. w J.** Odpowiedzieliśmy już kartą korespondencyjną.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 21. Stycznia 1893. Nr. 3.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O operacyi zaćmy bez wycięcia tęczówki.

Napisał

Dr. E. Machek,

Prymaryusz oddziału okulist. w szpitalu kraj. we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 2.)

Przebieg pooperacyjny.

W 24 godzin po operacyi odnawiałem opaskę. Gałęzowski podaje, że dobre rezultaty swoich operacyj zawdzięcza temu, że dopiero w kilka dni odnawia opaskę. Obecnie się przekonałem, że istotnie należy opaskę odnawiać jak najpóźniej, naturalnie jeżeli dobrze przylega a oko nie jest bolesne. Jeżeli bowiem ranka się zaklei i oko dobrze się goi, odnawianie opaski jest zbyteczne; wobec opadłej zaś tęczówki i tak jesteśmy bezradni.

Badając pierwszy raz znalazłem rankę sklejoną a przodkową komórkę głęboką 43 razy, przodkowej komórki nie było bez opadnięcia tęczówki 3 razy, przodkowej komórki nie było z opadnięciem tęczówki 3 razy, płytka przodkowa komórka i opadła tęczówka 2 razy. W tych dwóch przypadkach opadła tęczówka w rankę i wydęła się, w taki jednakże sposób, że zwieracz źrenicy nieopadły, widoczny był w przodkowej komórce. Z trzech przypadków, w których nie było przodkowej komórki a tęczówka nie opadła w rankę, zasklepiła się ranka w dwóch w 48 godzin a w jednym, o którym już wyżej mówiłem, daleko później. Zadrażnienie z mocniejszem nastrzykaniem rzęskowem spostrzegano dwa razy a tłómaczyły je pozostałe resztki, które pęczniały. — W czasie opuszczenia zakładu zanotowano w 6 przypadkach wązkie tylko przyczepiny.

Opadnięcie, które spostrzegaliśmy, jak już wspomniałem, 5 razy w pierwszym dniu, wystąpiło jeszcze 2 razy dnia drugiego, a więc skutkiem pęknięcia ranki, w jednym zaś przypadku dopiero dnia czwartego, — razem 8 razy na 51 przypadków, co czyni 15·88%. Znaczna odsetka opadnięć tęczówki i niebezpieczeństwa, które łączą się z opadnięciem, stanowią obok cierpienia współczulnego najsłabszą stronę operacyi bez irydektomii. Knapp podaje odsetkę opadnięć na 8, Gałęzowski na 6, inni na 5—12%. Nie przypuszczając, aby nasi chorzy leżeli niespokojniej, mogę sobie tę różnicę wytłómaczyć tylko tem, że autorowie uwzględnili w statystyce swojej tylko cięższe a nie wszystkie przypadki opadnięć tęczówki. Przyczyną opadnięcia jest przerwanie ranki, co najpospoliciej zdarza się skutkiem niespokojnego zachowania się, wyjątkowo skutkiem raptownego pęcznienia pozostałych resztek. Nie spostrzegałem, aby raz opadła tęczówka wycofała się z ranki za działaniem ezeryny. Leczenie opadnięcia tęczówki polega w pierwszych dniach na dobrem założeniu opaski i bardzo spokojnem leżeniu. Jeżeli chory nie może się zachować bardzo spokojnie a opaska zupełnie dokładnie nie przylega, lepiej pozostawić oko bez opaski. Niejednostajny ucisk przyczynia się do powiększenia wydęcia. Postępowania przeciwgnilnego należy ściśle przestrzegać.

W trzech przypadkach lżejsze opadnięcia tęczówki pokryły się blizną i spłaszczyły tak, że w prawidłowej krzywiźnie pozostało tylko czarne miejsce w bliźnie. Reszta przypadków opadnięcia przedstawiała wypuklenia kiełbasowate wzdłuż blizny, w dwóch przypadkach zajmujące całą jej długość. Krzywizna rogówki w tych dwóch przypadkach była wadliwa, co wpływało na znaczne upośledzenie bystrości wzroku na odległość ($V\ ^{5}/_{60}$), z przyczyny nieregularnej niezborności. Zadrażnienie i zaczerwienienie trwało do kilku tygodni Jakie będą dalsze losy tych przypadków, przyszłość pokaże.

Na tem miejscu tylko wspomnę, że opadła tęczówka może nawet po długim czasie stać się miejscem, przez które

dostają się do oka ustroje chorobotwórcze, sprowadzające ropienie. Spostrzeżenie to zrobiłem przed laty a w ostatnim roku wspominają o tem Hirschberg i Wagenmann (*Graefes Archiv f. Ophthalm.* XXXVIII). Odnoszący się do tego bardzo ciekawy przypadek z swojej praktyki prywatnej opiszę tu w krótkości. Panienka lat 14. Rozpoznano w marcu 1884: *Iridochoroiditis chronica, synechiae posteriores, myopia —15 D. oc. utr.* Leczy się już od kilku lat wcieraniami szaruchy. Pr. o. Ścieśnienie pola widzenia zewsząd. W r. 1885 *pr. o. Seclusio pupillae. Iridectomia facta oc. d.* Trzeciego dnia pęka ranka a jeden koniec tęczówki, oderwany wśród operacyi od przodkowéj torebki soczewkowej, dostał się do wewnętrznego końca ranki. W tem miejscu pozostało czarne wypuklenie blizny wielkości ziarna prosa. Przecięto opadłą tęczówkę; po zagojeniu wypuklenie powróciło znowu. Przez 1½ roku chora miała się bardzo dobrze. W październiku 1887 dostaje gwałtownych bólów w oku. Zaraz mnie przywołano. Opadła tęczówka naciekła, ciecz wodna mętna, w źrenicy wydzielina ropna. Do dnia następnego rozwinęło się zapalenie całego oka w pełni. Nie ulegało wątpliwości, że wywiązało się zapalenie oka a również widać było, jak ropienie od opadłej tęczówki za każdą godziną posuwało się w głąb oka i w kilku godzinach zajęło całe wnętrze oka. Wobec tego spostrzeżenia nie bez obawy zezwalałem chorym z opadłą tęczówką na opuszczenie zakładu.

Wobec opadnięcia tęczówki jesteśmy naprawdę dość bezradni. Radzono odciąć wystającą z oka część tęczówki zaraz pierwszego dnia po wypadnięciu, inni zaś doradzali odprowadzić. Jeden i drugi sposób postępowania jest wielce niebezpieczny i słusznie Knapp w ostatniem zdaniu sprawy o operacyi bez irydektomii zaleca zachowanie się wyczekujące a odcinać radzi dopiero po 10 dniach. W naszych przypadkach odcięto trzy razy opadłą tęczówkę. W jednym przypadku wystąpiło znaczniejsze zadrażnienie, w drugim rozwinęło się cierpienie współczulne a w trzecim przypadku, nawiedzonym już wszakże ropieniem tęczówki, odcięcie nie wpłynęło wiele na dalszy przebieg ropienia.

Opadnięcie tęczówki wpływa wreszcie bardzo niekorzystnie na czas leczenia, przedłużając pobyt chorych w zakładzie. Na każdy z naszych 8 przypadków przypada średnio 28 dni, licząc od dnia operacyi aż do dnia wyjścia. Wypadłoby daleko więcéj, gdyby chorzy zezwolili na odcięcie opadłéj tęczówki, po jakiem takiem wyblednięciu oka. Zadowoleni jednakże z odzyskania wzroku, głusi bywają na przedstawienia i domagają się uwolnienia ze zakładu. Dotąd żaden z tych przypadków powtórnie się nie przedstawił; o dalszym przeto przebiegu nic powiedzieć nie mogę.

P o b y t o p e r o w a n y c h w z a k ł a d z i e. Zasadniczo przedłużano pobyt operowanych do zabliźnienia się ranki i ustąpienia wszelkich śladów zadrażnienia oka. Od zasady jednakże dość często musiałem odstąpić z powodu niecierpliwości chorych. W najpomyślniejszych nawet przypadkach nie opuszczali chorzy szpitala przed 10 tym dniem po operacyi. Pobyt operowanych, u których zaszły ciężkie zboczenia w przebiegu gojenia się, przedłużał się do kilku tygodni. Średni pobyt operowanych na jedno oko, od dnia operacyi aż do dnia wystąpienia ze szpitala, wynosił 19 dni.

I n n e c h o r o b y p o o p e r a c y i z a ć m y. W dwóch przypadkach wystąpiły po operacyi zaćmy inne choroby. W pierwszym wystąpiło 8. dnia po operacyi zapalenie płuc. Chory był dobrze zbudowany i odżywiony, miał lat 63, po operacyi zachowywał się spokojnie. Przebieg zapalenia płuc był ciężki, chory opuścił szpital w 8 tygodni zdrów z V $^{6}/_{32}$. Nie tak pomyślnie skończył się drugi przypadek. Chory, którego operowaliśmy dnia następnego po przyjęciu do szpitala, dostał tyfusu brzusznego, którego początki naturalnie odnieść należało do czasu przed przyjęciem do szpitala. — Obu chorych przeniesiono do oddziału chorób wewnętrznych Dra Widmanna.

S k u t k i c o d o w z r o k u. Wiadomo, że bystrość wzroku poprawia się zazwyczaj długo jeszcze po operacyi. Niezborność rogówkowa po operacyi bez irydektomii, przynajmniéj na razie znaczniejsza, niż po operacyi obwodowéj liniowéj, zmniejsza się z czasem. Ażeby przeto dokładnie oznaczyć bystrość wzroku, którą chorzy uzyskali, trzebaby operowanych później badać. Pewnie, że co do niejednego z tych przypadków sposobność do zbadania nadarzy się jeszcze. Na razie podajemy wypadek badania ostatniego, dokonanego w dniu opuszczenia szpitala, a więc tak zwany skutek pierwotny (*primäre Sehschärfe*).

Wypadki co do bystrości wzroku są następujące:

S $^{6}/_{9}$	w 2	przypadkach t. j.	3·92%
S $^{6}/_{12}$	„ 6	„ „	11·76%
S $^{6}/_{18}$	„ 8	„ „	15·68%
S $^{6}/_{24}$	„ 13	„ „	25·49%
S $^{6}/_{36}$	„ 8	„ „	15·68%
S $^{5}/_{60}$	„ 3	„ „	5·87%

S $1/\infty$ z nadzieją odzyskania nieco lepszego wzroku w 1. przypadku t. j. 1·96%

S = 0 w 2 przypadkach t. j. 3·92%

Przypadki powyższe dzielą się na dwie gromady. Do pierwszéj należą wszystkie oczy, które odzyskały bystrość wzroku od $^{6}/_{9}$ — $^{5}/_{60}$, uzdalniającą operowanych do wszelkich zatrudnień, szycia, pisania i czytania druków drobnych. Trzy przypadki, które skutkiem niezborności właśnie w przypadkach opadnięcia tęczówki miały tylko S $^{5}/_{60}$, rozpoznawały w pobliżu za pomocą stósownych szkieł najdrobniejsze znaki, odpowiadające numerowi pierwszemu prób Jaegera. Przypadki te należy przeto także policzyć do zupełnie pomyślnych. Razem było na 51 operacyj 48 pomyślnych, co stanowi 94·11%.

Do drugiéj gromady należą 3 przypadki. Jeden z utrzymaniem poczucia światła, nie bez nadziei, że jeszcze coś z widzenia odzyska, dwa inne pozbawione są nawet poczucia światła. Utraciliśmy tedy troje oczu na 51 operacyj. A gdybyśmy nawet wyłączyli jedno oko, które straciliśmy u chorego, który podczas operacyi już cierpiał na tyfus brzuszny, jak się z przebiegu choroby pokazało, — straciliśmy 2 na 50 przypadków, to jest 4%.

W tym samym czasie, w tych samych, z pewnością nie bardzo korzystnych warunkach szpitalnych, operowałem jeszcze 70 zaćm schyłkowych niepowikłanych, sposobem obwodowym liniowym Graefego, z których tylko jedno oko straciliśmy, co czyni 1·42% straty. Liczba ta wymownie świadczy, że sposób operowania podany przez Graefego daje pewniejsze i pomyślniejsze rezultaty.

W dziesięciu przypadkach operowaliśmy jedno oko bez irydektomii a drugie sposobem obwodowym liniowym Graefego. Przypadki były tak dobrane, aby zaćma jednego i drugiego oka, o ile to być może, znajdywała się w tym samym okresie dojrzenia. Przypadkowo ani przebieg operacyi ani przebieg pooperacyjny w tych przypadkach nie przedstawiał

znaczniejszych zboczeń. Uzyskano następującą bystrość wzroku w oku operowanem:

	bez irydektomii	sposobem Graefego
1) Tabaka	S $^6/_{24}$	S $^6/_{24}$
2) Goniakowa	S $^6/_{18}$	S $^6/_{24}$
3) Gryler	S $^6/_{24}$	S $^6/_{36}$
4) Łuczyńska	S $^6/_{60}$	S $^6/_{60}$
5) Lewicka	S $^6/_{18}$	S $^6/_{60}$
6) Tkaczów	S $^6/_{36}$	S $^6/_{24}$
7) Półtoranos	S $^6/_{60}$	S $^6/_{60}$
8) Bujarowa	S $^6/_{60}$	S $^6/_{60}$
9) Atamaniuk	S $^6/_{10}$	S $^6/_{10}$
10) Smółkowa	S $^6/_{24}$	S $^6/_{18}$

Znacznéj różnicy co do bystrości wzroku wykazać nie można. Bystrość wzroku zależna od tego, czy całkowicie da się wyprzeć soczewka, a, jeżeli resztki pozostaną, czy doszczętnie ulegną wessaniu. Że należycie oczyścić można źrenicę, czy się jednym, czy drugim sposobem operuje, to nie ulega wątpliwości; wessanie zaś resztek zależy w ogóle od stanu zdrowia oka i organizmu. W przypadku dziewiątym mamy lepszą niż średnią bystrość wzroku — lecz na jednem i drugiem oku. Większa różnica jest w przypadku piątym na korzyść operacyi bez irydektomii. W oku operowanem sposobem Graefego pozostała grubsza zaćma wtórorzędna. W przypadku szóstym i dziewiątym jest bystrość wzroku lepsza po operacyi Graefego. Jakkolwiek liczba tych przypadków jest niewielka, przecież utwierdza mnie w przekonaniu, że sposób operowania na bystrość wzroku nie wywiera wielkiego wpływu.

Knapp odróżnia bystrość wzroku pooperacyjną (*primäre Sehschärfe*) i bystrość wzroku, której chory nabywa po operacyi zaćmy wtórorzędnej (*secundäre Sehschärfe*) i z zasady u wszystkich operowanych wykonywa dyscysyę. Twierdzi, że po przerwaniu zaćmy wtórorzędnej chory na bystrości wzroku względnie więcej zyskuje, niż po pierwszej operacyi. Gdyby jednakże istotnie tak było, to przecież częstsze operowanie w naszych stosunkach napotyka na wielkie trudności. Trzymać chorych operowanych na zaćmę w szpitalu aż do wykonania dyscysyi nie można z powodu braku miejsca; chorzy zaś raz uwolnieni nie wracają, jeżeli tyle widzą, aby mogli chodzić sami i wykonywać grubsze roboty. Że zresztą bystrość wzroku w jednym i drugim przypadku u chorych operowanych jednym lub drugim sposobem jest jednaka, łatwo zrozumieć. Chory operowany bez irydektomii patrzy, jeżeli się źrenica zwęzi, jak przez mały otwór stenopeicznych okularów; chory zaś operowany z irydektomią z łatwością nabywa potrzebnej wprawy, aby górną powieką na tyle zakryć sztuczną szczelinę tęczówkową, aby patrzał jak przez stenopeiczną szparę. Podobnie Meyer z Paryża przekonał się, że utrzymanie źrenicy okrągłej nie przedstawia ani pod względem samej bystrości wzroku, ani pod względem jego użyteczności wogóle żadnej korzyści. W dwóch przypadkach moi chorzy dawali pierwszeństwo oku operowanemu z irydektomią.

K a z u i s t y k a s t r a t: Opisanie przypadków z niepomyślnym przebiegiem i skutkiem ma dlatego wielką wartość, że pozwala wejrzeć w przyczyny złego i ocenić, czy ujemny skutek był skutkiem zajść tylko przypadkowych lub czy przyczyny szukać należy w samym sposobie operowania. — Przyczyną strat było: 1) opadnięcie tęczówki w rankę, przewlekłe zapalenie ciałka rzęskowego z następowem współczulnem cierpieniem oka drugiego; 2) ropienie rogówki od ranki bez opadnięcia tęczówki; 3) ropienie opadłej tęczówki i ropienie rogówki.

Najważniejszy jest przypadek pierwszy, który najbardziej przemawia na niekorzyść operacyi bez irydektomii.

Est. Hirschhornowa, lat 60, z Tarnopola. *Cataracta matura oc. sin., incip. oc. d.* Źle odżywiona. 9/V. *Extractio catar. sine iridectomia oc. sin.* Po operacyi *collapsus corneae.* Źrenica dobrze się dała oczyścić. 10/V. Oko blade, przodkowa komórka głęboka, w rance leży opadła tęczówka. Liczy palce. 12/V. Od dołu tylne przyczepiny. 17/V. Niema przodkowéj komórki. Dnia następnego odcięto tęczówkę opadłą przy twardówce. Brzegi ranki odstają na milimetr, w rance tkanina tęczówkowa. 8/VI. Nastrzykanie rzęskowe mocne. Rogówka czysta, przodkowa komórka bardzo płytka. Tęczówka brzegiem źrenicznym przyrosła do cienkiéj zaćmy wtórorzędnéj. W tęczówce kilka żółtawych, jakby nacieklych plam. Napięcie prawidłowe. Poczucia światła niema. Ból w oku p r a w e m, nastrzykanie rzęskowe, zwężona źrenica. Po rozszerzeniu źrenicy dwie tylne przyczepiny od strony zewnętrznéj. W piątym przeto tygodniu wystąpiły objawy cierpienia współczulnego. W dwa dni późniéj wyłuszczono oko lewe. Pomimo to cierpienie współczulne postępuje na oku prawem chociaż nieco wolniéj. *Ung. ciner.* 9/VII. Źrenica zarosła, sprawa postępuje. *Excisio nervi optici sin.* aż po *foramen opticum*, poczem sprawa stanęła a stan oka prawego już się dnia następnego poprawił. Chorą wycieńczoną do najwyższego stopnia 1/VIII wydalono ze szpitala. Pr. o. blado, od strony zewnętrznéj lekko nastrzykane. T—1. Przodkowa komórka głęboka. *Occlusio et seclusio pupillae.* Widzi ruchy ręki.

W tym przypadku po prawidłowéj operacyi, pomimo najstaranniejszéj opieki, postępowania ściśle przeciwgnilnego, pomimo energicznych zabiegów operacyjnych, jak wyłuszczenie gałki, a kiedy to się okazało niedostatecznem, wycięcia nerwu wzrokowego, straciłem jedno oko zupełnie a drugie zaledwie z nadzieją odzyskania wzroku. Przypadek taki działa bardzo przykro na operatora. Współczulne cierpienie powstało skutkiem zabiegu operacyjnego, — to nie ulega najmniejszéj wątpliwości. Skutkiem opadnięcia tęczówki powstały warunki, w których zwykło pojawiać się cierpienie współczulne. Nie wchodzę w to, czy opadnięcie tęczówki i drażnienie nerwów rzęskowych, czy ustroje chorobotwórcze, które się dostały do oka, wnikając w opadłą tęczówkę, stały się przyczyną cierpienia współczulnego, lub czy jedno czy drugie. Dla mnie nie ulega wątpliwości, że operacya Graefego z irydektomią nie sprowadziłaby tak nagłéj katastrofy. Znane są wprawdzie przypadki, że i po operacyi Graefego wystąpiło cierpienie współczulne, lecz daleko później i bardzo wyjątkowo. W ostatnim zaś zeszycie *Archiv f. Augenheilkunde* Schweigera, czytam w sprawozdaniu Knappa, że i on spostrzegał po operacyi bez irydektomii cierpienie współczulne. Pokazuje się więc, że nasz przypadek nie jest wyjątkiem.

II. W drugim przypadku straciliśmy oko przez częściowe ropienie rogówki. Przebieg ropienia był łagodny i powolny. Naciek pojawił się w jednym końcu ranki rogówkowéj. Ropa dostała się pomiędzy blaszki rogówkowe a sprawa przedstawiała przez kilka dni obraz ropnia rogówkowego. Gdyby ranka była pokryta płatem spojówkowym, byłoby prawdopodobnie nie przyszło do zakażenia. W tym więc przypadku słusznie cięcie rogówkowe winić można o skutek niepomyślny. Oko utracono bez opadnięcia tęczówki, chora wystąpiła z poczuciem światła i od dołu czystą rogówką.

III. Kuba Radomski lat 62. *Cataracta nigra oc. d., hypermatura oc. sin.* Źle odżywiony. Operacya. 11/V. Cięcie przybrzeżne. Reszłki nie pozostały. *Repositio spontanea.* 15/V. Oko blade, ranka sklejona. Bóle głowy i mocne bóle w rękach i nogach. 13/V. Przodkowa komórka głęboka, 38·2 C. rano. 15/V. Opadnięcie tęczówki, bóle w oku. 17/V. W ranie ropienie. 39° C. rano, 40° C. wieczorem. W oddziale Dra Widmana rozpoznano tyfus brzuszny. Widocznie operowano chorego w tyfusie.

W następnem wreszcie w krótkości podam, opierając się, jak z powyższego wypada, na własnem doświadczeniu, do jakich rezultatów doszedłem: 1) W równych warunkach daje operacya Graefego korzystniejsze rezultaty. — W tym samym czasie, w tych samych warunkach operowałem, nie licząc chorego, który już cierpiał na tyfus, 50 zaćm bez irydektomii z odsetką straty 4·00, a 70 zaćm sposobem obwodowym liniowym Graefego z odsetką straty 1·42. Operacye oczu straconych były zupełnie poprawne co do wykonania. Zdając sprawę z kazuistyki strat wykazałem, że przyczyny ich szukać należy nie w wykonaniu, ale w sposobie operowania a nadto jeszcze i o tem pamiętać należy, że do operacyi bez irydektomii dobierałem chorych, po których się spodziewać mogłem spokojnego leżenia i odpowiedniego zachowania się po operacyi, resztę zaś chorych operowałem sposobem Graefego. 2) Bystrość wzroku po operacyi bez irydektomii nie jest lepszą od bystrości wzroku oczu operowanych sposobem Graefego. Również nie mogłem przekonać się, aby u operowanych bez irydektomii widzenie oboczne i oryentowanie się w przestrzeni było lepsze. 3) Operacya z zachowaniem okrągłéj źrenicy wymaga spokojniejszego zachowania się po operacyi. 4) Skutkiem opadnięcia tęczówki przedłuża się średni czas leczenia. 5) Nieregularna niezborność w przypadkach z opadłą tęczówką znacznie obniża bystrość wzroku. 6) Nawet po dłuższym czasie po operacyi może nastąpić zakażenie oka przez ustroje chorobotwórcze, które się dostają do oka przez opadłą tęczówkę. Zapuszczanie przeto środków przeciwgnilnych jest wskazane długo. 7) Opadła tęczówka z towarzyszącem jéj zapaleniem przewlekłem mogą stać się powodem współczulnego cierpienia oka drugiego. Spostrzeżenie to obniża w wysokim stopniu wartość operacyi bez irydektomii.

Korzyści nowego sposobu operowania są następujące: 1) Utrzymanie źrenicy okrągłéj. Oko robi pod względem estetycznym przyjemne wrażenie, co jednakże większe operatorowi, niż operowanemu sprawia zadowolenie. 2) Operacya i wydobycie soczewki są łatwiejsze. Teoretycznie, *a priori* sądząc, zdawało mi się, że będzie przeciwnie. Doświadczenie inaczej pouczyło. Upływ ciałka szklanego w naszych przypadkach wcale się nie zdarzył. Oczyszczenie źrenicy nie jest trudniejsze, niż przy operacyi Graefego. 3) Niema krwotoków wśród operacyi, które przy cięciu rogówkowo-twardówkowem zalewają często pole operacyjne a szczególnie przodkową komórkę, utrudniają przecięcie torebki i wydobycie zaćmy. Niema wreszcie krwotoków pooperacyjnych, które dają powód do zapalenia tęczówki, tylnych przyczepin i przedłużają czas leczenia. 4) Przewlekłe zapalenie ciałka rzęskowego bywa w ogóle rzadsze przy cięciu rogówkowem, niż przy cięciu obwodowem blizko tegoż ciałka położonem, na co już Knapp zwrócił uwagę.

Pewno, że ideałem, do którego dążyć należy, jest operacya bez irydektomii, jako operacya, która nie pozbawia oka gry źrenicy i zachowuje oko w stanie bliższym prawidłowego, niż operacya obwodowa, liniowa Graefego. Za powszechnie używany sposób operowania należałoby jednakże tylko wtedy przyjąć operacyę bez irydektomii, jeżeli statystyka wykaże równie dobre skutki, jak sposób Graefego. Podobnie życzyćby sobie należało, aby soczewkę wydobywać z oka razem z torebką, a przecież ten sposób operowania, swojego czasu tak bardzo zachwalany przez Pagenstechera, zarzuciliśmy, z powodu nie dość pomyślnych rezultatów. Że zaś zawsze głównem staraniem operatorów być musi operować tak, aby uzyskać najkorzystniejszą odsetkę pomyślnych skutków a jak najmniejszą liczbę chorych narażać na utratę wzroku, mojem więc zdaniem, jak dotąd rzecz się ma, pierwszeństwo należy się operacyi Graefego.

Pomimo to jednakże nowy sposób operowania zaćmy przy dzisiejszem wydoskonaleniu postępowania przeciwgnilnego ze wszech miar zasługuje na uwagę okulistów. Chociaż najprawdopodobniej nie będzie tak powszechnie używany, jak sposób Graefego w minionych dziesiątkach lat, wpłynie jednakże bardzo korzystnie na rozwój nauki o operacyi zaćmy a nie wątpię, że i nadal będzie miał swoje wskazania. Postanowiłem więc w przyszłości, z należytą ostrożnością, w pewnéj ilości przypadków stosować w oddziale ocznym szpitala powszechnego operacyę zaćmy bez irydektomii, która dała niezłą odsetkę korzystnych skutków co do wzroku (96%). Nakoniec wreszcie dodać muszę, że z umysłu unikałem przytaczania dat z literatury tyczącej się tego przedmiotu, aby rozprawa zbyt szerokich nie przybrała rozmiarów. Zajmujące zresztą daty statystyczne znane są każdemu, kto się okulistyką zajmuje. Pisząc tę rozprawę starałem się przedewszystkiem podzielić z czytelnikiem własnem doświadczeniem, sądząc, że, kto operować zamierza bez irydektomii, znajdzie niejedno cenne spostrzeżenie.

II. Z powszechnego szpitala w Żywcu.

Przypadek połogowego rozmiękczenia kości, uleczony przez wytrzebienie.

Podali

Dr. C. Podgórski, prymaryusz szpitala i **Dr. W. Harajewicz**, lekarz chorób kobiecych w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 2.)

Z obserwacyi pooperacyjnej było to najważniejszem, że chora zaraz po obudzeniu się z uśpienia uczuła się swobodną od wszelkich bólów, podczas spokojnego leżenia. Już dnia następnego małe ruchy rękami lub nogami nie wywoływały bólu a strzykające bóle w kościach klatki piersiowej nawet podczas kaszlu nie odzywały się więcej. Dla wszelkiej pewności, chociaż rana zupełnie się zgoiła, nie pozwalano chorej przez 3 tygodnie łóżka opuszczać; kości bowiem przez 2 tygodnie jeszcze były miękkiemi, lubo coraz więcej twardniały. Dopiero w 3 tygodnie po operacyi chora po raz pierwszy usiadła na łóżku i opuściła nogi na ziemię a wszystko to ku wielkiej swej radości bez bólu.

W miesiąc po operacyi zaczęła już powoli posuwać się koło łóżek a w 6 tygodni chodziła już po schodach na pierwsze piętro o własnych siłach, tylko z pomocą laski.

Stan chorej w dniu 4. maja 1892, a zatem w 1½ miesiąca po wytrzebieniu, różnił się o tyle od stanu przed operacyą, że mimo pozostałego zniekształcenia, kości stwardniały zupełnie, stały się niebolesnemi a objawy uporczywego nieżytu oskrzelowego ustąpiły.

W 3 miesiące po operacyi chora poszła piechotą do wsi o milę odległej i dotąd czuje się zdrową.

Przez cały ten czas nie podawano chorej żadnych leków, aby nie zamazywać obrazu wyzdrowienia i skutków należących się tylko wytrzebieniu.

Ciałek eozynochłonnych nie badano. Anatomiczne badanie jajników nie wykazało żadnego innego zboczenia prócz zwyrodnienia drobno torbielowatego w lewym organie.

Drobnowidem nie badano, gdyż nie było pod ręką odpowiednich odczynników, aby przeprowadzić doświadczenie Fehlinga, a preparaty przywiezione do Krakowa okazały się już do tego nieprzydatnemi.

Aczkolwiek przypadek ten, ze względu na objawy chorobowe, leczenie i ostateczny skutek operacyi, nie liczy się do wyjątków, to przecież, z jednego bodaj względu, zasługuje na uwagę. Szczegółem tym zaś jest niezwykle szybkie polepszenie, jakiego nie znajdujemy w żadnym z przypadków dotąd ogłoszonych.

Najrychlejsze polepszenie, jakie wogóle dotąd spostrzeżono po wytrzebieniu, podaje Thorn [1]), który zauważył ustąpienie bólów w 3 dni po operacyi. Fehling [2]) w drugim przypadku z ogłoszonych podaje zmniejszenie się bólów w 3 dni po operacyi; w dziewiątym przypadku ustąpiły bóle w 6 dni po rękoczynie, w szóstym zaś poruszanie kończyn nożnych było swobodniejszem w 8. dniu. Braun St. [3]), zauważył ustąpienie dolegliwości w 10. dniu wyzdrowienia.

W naszym zaś przypadku spostrzegła chora, ku swemu wielkiemu zdziwieniu, zaraz po obudzeniu się z uśpienia, że żadnych dolegliwości nie doznaje. Należy zaś zwrócić uwagę, że chora ta, aż do ostatniej chwili przed operacyą, cierpiała na mocne bóle we wszystkich niemal kościach pomimo spokojnego leżenia tak, że formalnie dopraszała się o operacyą.

Jakie czynniki grały główną rolę, że w tym przypadku nastąpiło tak raptowne ukojenie dolegliwości, na pewne rozstrzygnąć trudno. Być może, że jeszcze nie zbyt długie trwanie choroby najwięcej do tego się przyczyniło, bo początków jej szukać należy przed $3^1/_2$ laty.

Przypuszczenie to mógłby potwierdzać przypadek Thorna [4]), w którym choroba datowała się od 2 lat, i Trurriego [5]), który trwanie choroby oznaczał na 3 lata. Nadto przemawia za tem i ta okoliczność, że kości były jeszcze miękkie; dały się bowiem uginać, choroba zatem nie była w pierwszym swoim okresie, jako t. z. *Osteomalacia cerea*, której Fehling [6]) nie uważa za osobną odmianę, ale za początkowe stadyum rozwojowe.

Wobec takiego stanu rzeczy nasuwa się mimowoli pytanie, jak się zachować należy w przypadkach rozmiękczenia kości, nie połączonych z ciążą i w przypadkach ciążą powikłanych.

Znakomite skutki, zewsząd ogłaszane a uzyskane przez wytrzebienie, dają temu zabiegowi poważne znaczenie.

Skutkiem tej operacyi bowiem nietylko, że jesteśmy w stanie uleczyć chorobę zupełnie, ale sprowadzając sztucznie porę przechodową (*climax*), chronimy od zastąpienia a więc i pogorszenia się otrzymanego już raz skutku. Znajdujemy wszakże tu i owdzie, wzmianki o pomyślnem wyleczeniu rozmiękczenia kości, za pomocą przetworów aptecznych, jak fosforu, tranu, żelaza i t. p.; są one jednak jeszcze skromne, niepewne. Sternberg [7]) w ostatnich czasach zachwala bardzo takie zachowawcze postępowanie wskazując na 3 przypadki osteomalacyi w ten sposób wyleczone; jednakże zaręczyć nie można, czy ciąża nie przyjdzie a z nią powrót dawnych objawów i pogorszenie się sprawy chorobowej.

[1]) Centralblt. f. Gyn. Nr. 41, 1891. — [2]) Arch. f. Gyn. t. 39, z. 2. — [3]) O rozmiękczeniu kości itd. Kraków 1891. — [4]) [5]) l. c. — [6]) Würt. Correspondblt. 1877. — [7]) Wr. klin. Woch. Nr. 17, 1891. Wr. med. Presse, Nr. 20, 1892.

Oprócz więc tak wielkiej różnicy między obu temi sposobami leczenia należy także zwrócić uwagę i na tę okoliczność, że przez operacyę uwalnia się chorą, w czasie zwykle bardzo krótkim, od wielkich dolegliwości a nie naraża się organizmu na wycieńczenie, gdy leczenie środkami wewnętrznemi trwać musi najmniej kilka miesięcy, wśród których chora zawsze cierpi i ostatecznie za zupełnie wyleczoną uważać się nie może.

Jakkolwiek wytrzebienie w rozmiękczeniu kości nie posiada dotąd ściśle naukowych wskazań i podstawy, bo przyczyny choroby nie zdołano jeszcze wyjaśnić, mimo to skutki tej operacyi świadczą dowodnie o jej wartości i popierają przypuszczenie Fehlinga, odnoszące przyczynę choroby do niewyśledzonych dotąd zmian patologicznych w jajnikach.

Wszystkie inne teorye, chociaż misternie i pracowicie obrobione, tracą na wartości wobec terapii, stosowanej na ich podstawie; pierwszeństwo zaś wywalczył sobie sposób operacyjny, którzy obecnie trzeba uważać poniekąd za najpierwszy.

Na podstawie wyżej przytoczonych naszych spostrzeżeń, gdyby one do tego znalazły potwierdzenie i z innych stron, należałoby uważać za wskazanie do zabiegu operacyjnego jak najwcześniejszy okres wykazanej już choroby, gdyż, w ten tylko sposób, można zawczasu opanować chorobę i uchronić chorą od zniekształceń idących w parze z postępami choroby.

Co się tyczy drugiego pytania t. j. jak się zachować należy wobec powikłania przerzeczonej choroby z ciążą, to postępowanie lecznicze zawisło w zupełności od stanu ogólnego chorej, okresu choroby i zachowania się płodu. Fehling [1]) wyraża zdanie, że cięcie cesarskie należy znacznie ograniczyć w przypadkach ścieśnień miednicy, mających za podstawę rozmiękczenie kości, a to z tego powodu, że kanał kostny można bardzo rozszerzyć, szczególniej przy pomocy głębokiego uśpienia.

Zdanie to jest zupełnie słuszne w razie, jeżeli się ma do czynienia z przypadkiem we wczesnym okresie choroby, w którym część kostna kanału rodnego daje się jeszcze o tyle rozciągnąć, że płód można przezeń przeprowadzić w całości.

Inaczej się jednak rzecz przedstawia, gdy choroba posunęła się tak daleko, że ścieśnienie miednicy jest bardzo znaczne a rozszerzalność jej bardzo mała. Wprawdzie w czasie ciąży miękną i kości i połączenia stawowe, nawet w stanie prawidłowym, jak tego dowiódł Ahlfeld [2]), w drugim wszakże okresie osteomalacyi posiadają one już tak mało podatności, że i myśleć nie można o wydobyciu płodu całego i żywego drogą naturalną. Pozostaje zatem albo cięcie cesarskie w końcu ciąży albo wzniecenie porodu przedwczesnego.

Ostatni ten zabieg odpowiadałby w tym tylko razie swemu zadaniu, gdy miednica nie jest jeszcze zbyt ścieśniona, aby mógł urodzić się płód żywy i zdolny do dalszego rozwoju. O to zaś trudno. W przypadkach bowiem rozmiękczenia kości, które już stały się niepodatnemi, znajdujemy tak małe już wymiary poprzeczne, że wzniecenie porodu, nawet w 7. miesiącu ciąży, nie obyłoby się bez następowej pomocy przy wydobyciu płodu, któremu jako delikatnemu i nie rozwiniętemu najlżejszy nawet zabieg operacyjny mógłby znacznie zaszkodzić.

[1]) l. c. — [2]) Schmidts Jahrb. 1876.

Nadto postępowanie takie doraźne nie zabezpieczy chorej od dalszych postępów sprawy patologicznej i nie usuwa niebezpieczeństwa nowego zastąpienia i dalszego pogorszenia się choroby. Zabieg więc ten należy usunąć z szeregu sposobów leczenia w rozmiękczeniu kości, jeżeli tylko obok niego nie ma żadnej innej przyczyny nakazującej wprost tę operacyę.

Pozostaje zatem tylko cięcie cesarskie. W przypadkach przeto osteomalacyi z równoczesną ciążą należy wyczekiwać prawidłowego końca ciąży i w czasie odpowiednim wykonać cięcie cesarskie z następującem zaraz wytrzebieniem, jak to wykonał i podał Madurowicz [1]).

Jedynie racyonalne to postępowanie daje najlepsze warunki urodzenia dziecka żywego, utrzymania matki i wyleczenia jej stanowczego z choroby.

Wśród kilku miesięcy, które ubiegły od napisania powyższej rozprawki, zdarzył mi się przypadek, nadający się do dalszych spostrzeżeń nad leczeniem osteomalacyi, i to w odmiennym kierunku, jak w powyż opisanym przypadku: dlatego ośmielam się w skróceniu podzielić się wysnutymi zeń wnioskami z łaskawymi Czytelnikami.

Dnia 10/X. 1892 przyjąłem do szpitala Żywieckiego Małgorzatę C., l. 35 liczącą, która od półtora roku opuścić nie może łóżka, jak podaje, z powodu bolów nietylko przy usiłowaniu chodzenia, ale i przy ruchach w samemże łóżku. Stan podobny wystąpił już raz przed czterema laty, gdy chora była po raz czwarty w ciąży, trwał przez dwa ostatnie jej miesiące i zniknął potem zupełnie, aby znów po półtora roku wśród piątej ciąży, wystąpić również w jej dwóch ostatnich miesiącach. Po porodzie nastąpiła paromiesięczna poprawa, ale od $1\frac{1}{2}$ roku stan się ciągle pogarsza. W obu razach najpierw nawiedzona była przez chorobę miednica. Dzieci urodziły się (w tych dwóch ciążach) same, żywe, ale wkrótce poumierały; chora nie karmiła.

Obecnie u osoby licho odżywionej, bardzo niedokrewnej, znajdujemy znaczne zniekształcenie kośćca z cechami właściwemi osteomalacyi (szcz. w części lędźwiowej i krzyżowej stosu kręgowego). Kości miednicy, kończyn dolnych, klatki piersiowej są bolesne za uciskiem a bolesność ta daje się również chorej uczuwać uciążliwie wśród każdego poruszenia kończynami. Przy spokojnem leżeniu bólów strzykających nie ma. Ten powód ostatni t. j. brak bólów samoistnych, znaczna niedokrewność a dalej przypadek osteomalacyi postrzegany właśnie w tym czasie w oddziele położniczym szpitala św. Łazarza w Krakowie, leczony ze skutkiem przez wewnętrzne podawanie fosforu, nakłonił mnie wbrew naleganiu chorej o operacyę do leczenia wewnętrznego. Podawano więc systematycznie przez dwa pierwsze tygodnie przetwory żelazowo-chinowo-arsenowe, następnie obok nich fosfor a to po 3 łyżeczki dziennie rozczynu 0·01 do 0·04 na 100 tranu. Po miesiącu zniknęły bóle przy ruchach tak w klatce piersiowej, jak w kończynach; ucisk jednak na te kości był jeszcze bolesny. Obecnie po 3 miesiącach chora potrafi bez bólu przejść o własnych silach parę kroków, do dłuższego chodzenia jednak używa kul.

Jakkolwiek więc tem postępowaniem uzyskany skutek jest szybkim, to w każdym razie otrzymana dotąd znakomita poprawa (prawie całkowite wyleczenie) zwraca na siebie uwagę, na dowód, że (może w specyalnych przypadkach?) przez leczenie wewnętrzne dojść możemy w tej chorobie, bez narażania chorej na operacyą i pozbawienie jej jajników,. do rezultatów ze wszech miar zadowalniających, a o tyle wyższych od skutków pooperacyjnych, że uzyskanych na drodze bezpieczniejszej a więcej fizyologicznej.

Żywiec w styczniu 1893. *Dr. Czesław Podgórski.*

[1]) Braun l. c.

III. Oceny i sprawozdania.

Zdanie sprawy z wykładu profesora M. Nenckiego w warszawskiem Tow. lek. w dniu 10. stycznia 1893 roku.

Na posiedzeniu nadzwyczajnem warsz. Tow. lekarskiego d. 10. b. m. prof. M. Nencki przedstawił wyniki badań dokonanych w swej pracowni w kwestyi etyjologii cholery i środków dezynfekcyjnych, oraz wyniki z zastósowania nowych środków przeciw cholerze przez Dra Szubenkę i Dra Blachsteina w Baku a Dra Hahna i Dra Zunfta w Astrachanie. Jakkolwiek przecinkowiec Kocha jest głównym czynnikiem chorobotwórczym dla cholery, niemniej do wywołania zakażenia uważa prof. N. za potrzebną obecność innych drobnoustrojów. Za tem twierdzeniem przemawia z jednéj strony niemożność wywołania zakażenia przez wprowadzanie spiryllów cholerycznych do ustroju zwierząt, z drugiej zaś doświadczenia Boucharda, który przekonał się dowodnie, że mała cząstka wypróżnień cholerycznych zadana podskórnie zabija zwierzęta, gdy tymczasem czyste hodowle przecinkowców z tychże wypróżnień otrzymane okazują się nieszkodliwemi. Dr. Blachstein sprawdził doświadczenia Boucharda a nadto wydzielił z wypróżnień cholerycznych w Baku obok laseczników przecinkowych 3 mikroby, które oznaczył nazwą *bacillus caspicus* α, β i γ. Te trzy pasorzyty nie są chorobotwórczemi, lecz mięszanina czystej 1 lub 2-dniowej hodowli jednego z tych mikrobów z czystą hodowlą przecinkowców przez podskórne zastrzyknięcie wywoływa śmierć w ciągu 1 do 3 dni u tych zwierząt, dla których czyste hodowle samych spiryllów okazywały się nieszkodliwemi. — W Petersburgu Dr. Blachstein i Dr. Zunft oprócz tych 3 pasorzytów wydzielili z wypróżnień cholerycznych 2 mikroby znajdujące się wówczas w wodzie wodociągowej i mikrob zbliżony do *b. coli communis.* Z jednej strony na podstawie badań Rekowskiego, który w 80% obserwowanych przez się sekcyj cholerycznych, jak najrychlej po śmierci dokonanych, wykrył chroniczne zmiany w różnych narządach (w przewodzie pokarmowym, nerkach, wątrobie i t. d.), z drugiej zaś strony nieznaczne zaburzenie, jakie stwierdzono u ludzi (Pettenkofer i Emmerich) po spożyciu hodowli spiryllów, przemawiają za tem, że przebyte cierpienia usposabiają do skutecznego przyjęcia przyrzutu, oraz że przecinkowce same przez się typowego obrazu cholery nawet w najodpowiedniejszym do badań nad tą kwestyą osobniku wywołać nie mogą. Wreszcie różnorodny przebieg, pomimo typowego charakteru tej choroby do pewnego stopnia wskazuje na mięszaną infekcyę, chociaż o gatunku tych spółtowarzyszy spiryllów i ich fizyologicznych własnościach mogą rozstrzygnąć dopiero przyszłe badania.

Za najodpowiedniejszy filtr do sterylizacyi wody, jak na to wskazują doświadczenia Dzierzgowskiego, uważa prof. N. filtr Birkenfelda, który nawet najdrobniejszych mikrobów (np. laseczníka posocznicy myszy) nie przepuszcza i w równym czasie więcej wydaje wody, niż filtr Chamberlanda.

Ze względu na brak środków dezynfekcyjnych na początku epidemii w Rosyi, przeprowadził prof. N. doświadczenia nad bardzo tam rozpowszechnionymi przetworami: dziegciem brzozowym i sosnowym, których własności przeciwgnilne polegają na obecności kreozotu i gwajakolu. Dziegieć sosnowy jako 6 razy działający mocniej i 10 razy tańszy od dziegciu brzozowego zasługuje na rozpowszechnienie. Używać go można nietylko w zawiesinie z alkaliami, lecz i w zawiesinie wodnéj (w stosunku 1 cz. dziegciu na 10 cz. wody) przy ciepłocie 30—40°. Świeżo przygotowana wodna emulsya zabija spirylle cholery w ciągu kilku minut a 10 ft. jej kosztuje tylko 5 kop.

Jako środek leczniczy w biegunce cholerycznéj zaleca prof. N. salol i inne estery kwasu salicylowego a nieskuteczność tych środków podawaną przez wielu kliników objaśnia zastósowaniem tego środka w nieodpowiedniéj chwili (n. p. *st. asphycticum*). Wyżéj ponad salol stawia na podstawie obserwacyi Dra Szubenki w Baku β-naftol bizmut (w dawkach 2—3 gr. na dzień), którego działanie ma zależeć nie

tyle od własności przeciwgnilnych, ile od tworzenia z bizmu tem nierozpuszczalnych związków z zasadami i toksalbuminozami, wreszcie w razie wybuchu epidemii radzi prof. N. ba dać na wielki rozmiar zastosowanie w biegunce cholerycznej fenol-bizmutu, β-naftol-bizmutu i metakrezol bizmutu.

Choroby dzieci.

W. E. Forest (z Nowego Jorku): **O nowym sposobie sztucznego oddechania w celu cucenia omdlałych noworodków.**

Autor dzieli omdlenia noworodków na dwa stopnie: pierwszy, w którym zwykłymi sposobami, podjętymi w celu pobudzenia czynności odruchowej, ocuca się noworodka, i drugi, w którym trzeba koniecznie użyć sztucznego oddechania, by utrzymać drożność dróg oddechowych noworodka. Dla drugiego stopnia omdlenia uważa autor z dziewięciu znanych sposobów tylko trzy za godne polecenia, a mianowicie: postępowanie Schrödera, Schultzego i Sylwestra. Opisuje je w krótkości i ich fizyologiczne działanie a zarazem krytykuje każdy z osobna; i tak: metodzie Schrödera zarzuca, że się składa właściwie z dwóch ruchów wydechowych, a brak jej, jak Champney stwierdził doświadczeniami, ruchu wdechowego; postępowaniu Schultzego zarzuca, że wykonywając duże wahania wilgotnem ciałem noworodka, zabiera się mu przez szybkie parowanie na powierzchni ciała znaczną ilość ciepła, co podczas przydługiego cucenia może znacznie zwolnić krążenie i stać się przyczyną śmierci; a nadto, że może nastąpić także wstrząs, gdyż przy końcu wahania wydechowego przez nagłe wstrząśnienie uciska się mocno trzewa brzuszne w kierunku ku przeponie a przez nagły ucisk na serce, splot brzuszny (*plexus coeliacus*) lub też przez ogólny wstrząs wstrzymać się może już i tak bardzo słaba czynność serca. Sposób Sylwestra uważa autor stosunkowo za najlepszy, lecz zarzuca mu, że napięcie mięśniów brzusznych przeszkadza dostatecznemu rozszerzaniu się klatki piersiowej. Wreszcie wspomina o metodzie Tuska, Polka i innych, które uważa ze względu na możność uszkodzeń mechanicznych za niebezpieczne. Forest wpadł na myśl, aby korzystne działanie wdmuchiwania powietrza połączyć z mechanicznem rozszerzaniem klatki piersiowej i pozbyć się zupełnie kateteryzowania krtani noworodka. W tym celu podaje następujący sposób: Dziecko zaleca ułożyć na chwilę twarzą ku dołowi a równocześnie unieść miednicę, aby łatwiej przez pociskanie klatki piersiowej wydalić z dróg oddechowych płyn aspirowany, następnie radzi włożyć je w postawie siedzącej do kąpieli ciepłej, tak urządzonej, aby woda sięgała do wysokości okolicy serca noworodka. Teraz powinien operator lewą ręką ująć obie rączki noworodka, zwrócone powierzchnią dłoniową ku górze, prawą zaś ręką podpierać ramiona dziecka a równocześnie palcami dużym i wskazującym utrzymywać główkę w pozycyi prawidłowej. Po dokonaniu tego powinien operator wolno pociągnąć silnie rączki ku górze i ku tyłowi tak, aby mięśnie klatki piersiowej naprężyły się dokładnie a przezto podniosły się żebra. Wśród zabiegu tego dziecko siedzi, zatem mięśnie brzuszne nie są napięte i nie wytwarzają stosunków niekorzystnych, co właśnie autor zarzuca postępowaniu Schultzego i Sylwestra. Aby zaś wprowadzić powietrze do tak rozszerzonej klatki piersiowej, radzi autor mocno wygiąć główkę noworodka ku tyłowi, przez co gardziel zostaje uciśnięty pomiędze kręgami szyjnymi a krtanią. Ułożenie to z jednej strony nie dozwala, by powietrze, wdmuchiwane przez operatora, dostawało się do przewodu pokarmowego, a z drugiej strony czyni prawie zbytecznem kateteryzowanie, gdyż operator przyłożywszy usta swe do ust dziecka może wolno i swobodnie wdmuchiwać powietrze do płuc; w następnej chwili w celu wykonania wydechu nachyla klatkę piersiową noworodka ku przodowi, aby trzewa brzuszne ucisnąć ku przeponie i rączkami dziecka, które ciągle spoczywają w lewej jego ręce, uciska klatkę piersiową. Całe to postępowanie powtarza kilkanaście razy, poczem dziecko zazwyczaj samo regularnie oddechać poczyna. Robiąc to w ciepłej kąpieli unika autor oziębienia ciała noworodka, które niekorzystnie wpływa na krążenie, co właśnie autor zarzuca wahaniom Schultzego.

Na poparcie swego sposobu przytacza F. znaczną liczbę przypadków pomyślnym skutkiem uwieńczonych a szczególniej zwraca uwagę na przypadek, w którym po dwugodzinnem bardzo mozolnem postępowaniu jego sposobem udało się dziecko nader mocno omdlałe przyprowadzić do życia.

Frauenarzt, grudzień 1892. *Zoll.*

Choroby uszne.

O chorobach usznych podczas epidemii influenzy.

(Dok. Patrz Nr. 2).

We wszystkich przypadkach znaleziono znaczne zmiany chorobowe w kości, nawet w tych, które operowano po wystąpieniu zapalenia. Często znajdywano rozległe ropnie podoponowe. Wszyscy chorzy z wyjątkiem dwóch wyzdrowieli. Z tych ostatnich wykonano u jednego operacyę mimo zapalenia opon mózgowych a mianowicie wypalono ziarniny kwasem chromowym, co mogło było sprowadzić pogorszenie się i zejście śmiertelne. Dlatego ostrzega J. przed stosowaniem tego środka w ostrem zapaleniu ropnem ucha. W drugim przypadku prawdopodobnie już w czasie operacyi była zakrzepica zatoki żylnéj. Rozległe zniszczenia w kościach w operowanych przypadkach powstały podczas długiego leczenia workiem lodowym i nastojem jodowym, leczenia, które J. kładzie na korzyść rychłego zabiegu operacyjnego. W dyskusyi, która się wywiązała nad tym wykładem, tłómaczy Schwartze osobliwe objawy wywołane przez zakrzepy w naczyniach włosowatych skutkiem rozpadu ciałek krwi pod wpływem drobnoustrojów Klebsa. Takie miejsca zakrzepowe, w których przychodzi do wynaczynień i do obumarcia tkanek sąsiednich, stanowią także glebę sprzyjającą osadzeniu się zarodków chorobotwórczych *diplococcus pneumoniae i streptococcus pyogenes*, które znajdywał jako czystą hodowlę w zapaleniu influenzyjnem ucha. Wszyscy prawie mowcy podnosili właściwość krwotoczną tej komplikacyi, polegającą na skłonności do przekrwień i krwotoków. Jansen wspomina jeszcze, że dobrowolne wyleczenie zapalenia kości jest często tylko pozornem i może za jakiś czas się odnowić. Podobny przypadek i ja spostrzegałem. L. W. 32. lat zachorował 15. kwietnia 1891 na zapalenie ucha środ. i kości sutkowéj. Po zwykłem leczeniu przeciwzapalnem wszystkie objawy w przeciągu tygodnia przeszły. Przez następnych 6 tygodni chory miał od czasu do czasu rwanie w wyrostku sutkowym a 19. października wróciło nagle zapalenie w formie ostréj. Rodzina nie chciała się zawczasu zgodzić na operacyę a chory umarł na zapalenie opon mózgowych 30. października. (Przyp. sprawozd).

Hessler (*Archiv f. Ohrenheilk.* T. 32 z. 1) obserwował 47 przypadków chorób usznych wskutek influenzy, największą część z przekrwieniem błony bęb. Wynaczynień na bł. bęb. nie było ani razu. W 12 przyszło do wykucia dłutem wyrostka sutkowego, w jednym nastąpiła śmierć z powodu ogólnéj gruźlicy prosówkowéj. Te spostrzeżenia tyczące się spraw chorobowych, różnych tak pod względem anatomicznym jak i pod względem rozszerzania się i natężenia, udowadniają, jak są niebezpiecznemi influenzyjne zapalenia ucha.

Glover (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx* 1890.) zwraca uwagę na mocne bóle i znaczne objawy zapalne w chorobach usznych influenzie towarzyszących, które uważa za ciężkie powikłanie epidemii. Chatellier (tamże) podaje pięć przypadków, w których w przebiegu influenzy otwarł wyrostek sutkowy. We wszystkich ropne zajęcie kości było znaczne i wskazywało na poważne niebezpieczeństwo tej komplikacyi. Gradenigo (tamże) zbadawszy bakteryologicznie treść jamy bęb. w 5 przypadkach chorób usznych, influenzyjnych znalazł *diplococcus pneumoniae* i kokki ropne i twierdzi, że obraz kliniczny nie zostaje w żadnym związku z drobnoustrojami chorobotwórczymi, w danym razie obecnemi. Haberman (*Prager med. Wochs.* 1890. 8) uważa za cechę zapaleń ucha środkowego influenzyjnych pęcherzyki krwawe, które widział w 7 przypadkach na błonie bęb., w dwóch na całej kostnéj części przewodu zewnętrzn.

i opiera się przytem na spostrzeżeniach innych autorów, którzy widzieli krwawienia także na innych miejscach (z nosa i t. p.) podczas influenzy.

Moure (*Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie* 1890. 15) podaje przypadek pierwotnego zapalenia ropnego okostny wyrostka sutkowego influenzę wikłającego obok nienaruszonego narządu słuchowego i potwierdza, że ropienie w wyrostku sutkowym wikła o wiele częściej zapalenie ucha środk. podczas influenzy, niż w czasach od epidemii wolnych. Marian (*Archiv. f. Ohrenheilk.* T. 32. Z. 2) obserwował 25 chorych na uszy skutkiem infl. We wszystkich bóle były mocne, błona bęb. ciemnosinoczerwona i bardzo rozpulchniona. Pęcherzyków krwawych nie zauważył, kilka razy zaś wynaczynienia w postaci wybroczyn.

Jak z powyższego wypada, wszyscy autorowie uważali częste występowanie chorób usznych podczas infl. a przeważna ich większość zgadza się na to, aby tym zboczeniom usznym przypisać odrębny charakter, polegający na skłonności prawie wszystkich części narządu usznego do przekrwienia, krwawień, wybroczyn lub na ciężkości przebiegu i niebezpieczeństwie objawów podmiotowych i przedmiotowych, wreszcie na częstych cierpieniach kości okolicznych. Co do zakończenia jednak uznają prawie wszyscy, że nie było gorzej niż zwykle. *Dr. R. Spira.*

Choroby skórne i weneryczne.

Gilles de la Tourette i Hudelo: **Swieża, złośliwa kiła układu nerwowego.**

Przypadek niniejszy przedstawia pod niejednym względem, szczególnie zaś co do rokowania w kile, wielkie praktyczne znaczenie. Wskazuje on więcéj znamiona złośliwe niż ciężkie, z których ostatnie poniekąd jednoczą w sobie pojęcie śmiertelnego zejścia. — Człowiek 36-letni, nie obarczony chorobą dziedziczną, tudzież bez szczególnéj poprzedniéj skłonności do zatrucia wyskokowego, dostał w październiku 1890 wrzodu pierwotnego, prawdopodobnie na migdałku. Wkrótce po tem pojawiła się niezbyt obfita różyczka, która wśród starannego leczenia ustąpiła. Począwszy od 7. listopada cały układ nerwowy stopniowo ulegał chorobie. W listopadzie powstało po stronie prawéj porażenie niezupełne nerwu twarzowego, bez innéj widoméj przyczyny, jak kiły. W kwietniu 1891, podczas energicznego leczenia, nawiedziło go niezupełne porażenie połowicze po stronie prawéj, które poprzedziły bardzo silne bóle głowy. W sierpniu ból w okolicy lędźwiowéj, oraz pierwsze objawy kurczowego porażenia z zaburzeniami w zdzierzgaczu pęcherza i czynności płciowéj. Choroba zajmuje powoli wszystkie części układu nerwowego: nerwy obwodowe, mózg, rdzeń pacierzowy a dzieje się to pomimo leczenia i z powodu kiły, która się rozpoczęła bardzo łagodnemi objawami u człowieka, jak wówczas, dobrze odżywionego i wcale nie schorzałego. — Dlaczego właśnie u tego chorego przebieg kiły był tak złośliwy, dlaczego właśnie *locus minoris resistentiae* znalazł się w układzie nerwowym? Na pytania powyższe dałoby się chyba z trudnością lub wcale nie dało odpowiedzieć. Na tłomaczeniu sprawy jakąś szczególną skłonnością, usposobieniem, nic się nie zyska. Leczenie swoiste w tym przypadku małą oddało przysługę. (*Annales de derm. et syph.*, Juin, 1892).

Dr. Skobel.

Notatki terapeutyczne.

7) Przeciw nieżytowi oskrzelowemu na tle gruźliczem zaleca Desprez:

Rp. *Kreozoti fagini* 3·00
Ttrae chinae 30·00
Chloroformii puri 2·00
Vini de Malaga 300·00

MDS. Po łyżeczce od kawy dawać do połowy szklanki wody i zażywać bezpośrednio przed jedzeniem po trzy razy dziennie.

8) Watier zaleca w wiewiórze (*gonorrhoea*):

Rp. *Antipyrini* 2·00
Hydrargyri bichlorati
(*Mercurii sublimati corrosivi*) 0·02
Aquae destil. 200·00

MDS. Po każdem oddaniu moczu wstrzyknąć do cewki i zatrzymać w niéj przez pół godziny.

9) Przeciw cuchnącemu owrzodzeniu w nosie (*ozaena*) zaleca Dr. Turban do niuchania w obydwie dziurki od nosa następujący proszek:

Rp. *Jodoli crystallisati*
Tannini puri
Boracis venetae
ana partes aequales.
M. f. p.

DS. Z początku po 5 do 6, późniéj po trzy razy dziennie zażywać do nosa jak tabakę.

W przypadkach miernego stopnia proszek ten sam jeden wystarcza do wyleczenia

---

IV. Z zakładu medycyny sądowéj Uniw. Jagiell.

O samobójstwie w ogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w latach od 1881—1892.

Według wykładu w Tow. lek. krak. w d. 7. grudnia 1892 r

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent zakl. med. sąd. Uniw. Jag. i lekarz sądowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2.)

Spostrzeżenia Guerrego i Brierra de Boismont, iż samobójstwa zdarzają się w miesiącu kalendarzowym najczęściej w pierwszych dziesięciu dniach, w tygodniu zaś najczęściej w początkowych dniach, zwłaszcza w poniedziałki, wtorki i czwartki, natomiast bardzo rzadko w soboty i niedziele, o tyle są słuszne, o ile stosują się do miast wielkich, których mieszkańcy niektórzy w pierwszych dwóch lub trzech dniach miesiąca żyją za wystawnie i zbytkownie, aby w następnych dniach walczyć z nędzą. Wyrobnik lub robotnik otrzymuje zapłatę tygodniową w sobotę; to też sobota i niedziela zanadto wiele dlań przedstawia uroku, aby się wtedy miał pozbawiać życia. Co do pory dnia, to tyle pewna, że bezpośrednio przed wschodem słońca zdarza się najmniej samobójstw.

Rasa okazuje wpływ swój widoczny nie tylko w budowie anatomicznej i we własnościach fizyologicznych ludzi, ale, jak to już Wagner i Oettingen przypuszczali a statystyka Morsellego stwierdziła, także i w liczbie samobójstw. I tak szczep germański a z niego najwięcej Sasi, dalej ludy skandynawskie z natury swej rasy uzyskały niezwykłą skłonność do marzycielstwa, jak również i do samobójstwa. Słowianie stanowią szczep obdarzony większą trzeźwością umysłu; stąd też stoją najniżej w skali liczb samobójstwa, jakkolwiek nie da się tu zaprzeczyć wpływu mniejszego rozwoju cywilizacyi i głębokiej wiary. W Galicyi liczba samobójstw o tyle jest mniejszą, niżli n. p. w Czechach, o ile obok wpływów mniejszej cywilizacyi, ludność żydowska do samobójstwa mniej skłonna, stanowi znaczną, bo więcej jak $^1/_6$ część całej ludności. Rasa słowiańska wpływa w krajach przez nią zamieszkanych na obniżenie liczby samobójstw.

Nie można zaprzeczyć przemożnego wpływu na liczbę samobójstw stosunkom socyalnym. Bieg czasu doskonalił na swej fali cywilizacyę, która przez ciężką i żmudną walkę rozmnożyła i uszlachetniła potrzeby człowieka. W walce tej uformowały się i spotężniały potrzeby duchowe, odróżniające człowieka od reszty żywych tworów przyrody. Wedle Guizota tam osiągnięto szczyt cywilizacyi, gdzie zjednoczone siły fizyczne i duchowe pokonały najzupełniej opór sił przyrody. Ale w miarę, jak w pewnych krajach lub ich częściach cywilizacya znaczniejsze uczyniła postępy, życie stało się więcej ruchliwem, gorączkowem, warunki dlań trudniejsze, walka o byt cięższa. Większa żywotność, trudniejsza praca,

trudniejsze warunki do życia stają się powodem znaczniejszego wyczerpania sił u jednostek, i ztąd z powodu bezskutecznej walki wyradza się smutne *taedium vitae*, już tylko wązką miedzą graniczące z popędem do samobójstwa.

Że wyznanie a zwłaszcza rzymsko- i grecko katolickie jest momentem hamującym popędy samobójcze, udowadniają dostatecznie dzieje przełomu pogaństwa z chrześcijaństwem, wreszcie i dzieje wieków średnich, w których samobójstwo należało do rzadkich zjawisk. Wiara głęboka, jak n. p. u ludu naszego, mieszkającego odlegle od ognisk rozumowań filozoficznych, ognisk cywilizacyjnych, t. j. miast wielkich, stanowi silną zaporę dla szerzenia się popędów samobójczych. To też słusznie piewca ziemi naszej i domu naszego twierdzi, że „gdzie wiara, tam czary; bez wiary, ni czaru, ni szczęścia, ni cudu, ni życia i t. d.“

Wiek nasz obecny, przechodzący z toru idealizmu na tor pozytywizmu, zamącił w umysłach słabych poczucie moralności, odebrał im światło wiary, w zamian nic odpowiedniego nie ofiarując i ztąd lgną one do samobójstwa, nie zdołając stawić silnego oporu zawistnemu losowi. Narody czysto katolickie dają najmniejsze cyfry w ogólnej statystyce samobójstw, gdy narody wyznań reformowanych, protestanckich odwrotnie okazują największą liczbę samobójstw.

Wykształcenie jest koniecznem następstwem cywilizacyi; smutne dowody pouczają, że między ludnością wykształconą, choroby umysłowe i popędy samobójcze częste stanowią zjawiska. I nic dziwnego, boć przecie wykształcenie wymaga usilnej pracy umysłu a praca go zużywa. Znużony i wyczerpany pracą umysł, gdy dochodzi do tej świadomości, że praca mozolna tylko zawody niesie w podzięce, łatwo zrodzić w sobie może popęd do zniszczenia własnego życia. I znowu statystyka wykazuje, że ludy więcej wykształcone mają więcej samobójstw, wielkie miasta więcej w samobójstwa obfitują, niż spokojni mieszkańcy zaścianków. —

Z innych wpływów na liczbę samobójstw wspomnieć należy stosunki ekonomiczne; i tak wykazuje statystyka w latach nieurodzaju, po katastrofach finansowych, równo z wzrostem liczby zboczeń umysłowych, także większą liczbę samobójstw.

Sposób żywienia się, zdaje się, że ma również pewne znaczenie; częściej bowiem zdarzają się samobójstwa u ludzi żywiących się pokarmami mięsnymi niż roślinnymi. Nadużywanie alkoholu powiększa liczbę samobójstw podobnie, jak i nadużywanie innych narkotyków, upośledzających ustrój nerwowy n. p. makowca, morfiny i t. d.

Że samobójstwo częstszem bywa zjawiskiem w miastach, niżli po wsiach, to już pominąwszy większą gęstość zaludnienia w pierwszych, wszystkie dotąd omówione wpływy, sprzyjające powstawaniu popędów samobójczych, zaznaczają się o wiele dobitniej w miastach, niż po wsiach.

Samobójstwa dopuszczają się częściej mężczyźni niż kobiety a wzajemny stosunek w tej mierze wedle Morsellego, jest jak 1 : 3—4. Rzecz to zupełnie jasna, że mężczyźni dopuszczają się częściej samobójstwa; wszakżeż rola ich w społeczeństwie jest czynna w przeciwieństwie do zupełnej prawie bierności kobiet. Czynność i walka o byt, częste zawody, są motywami samobójstwa u mężczyzn. Kobiety mają wprawdzie wrażliwszy umysł, jednak godzenie się z dolą i niedolą, łatwa rezygnacya, te cnoty niewieście czynią kobietę odporną przeciw ciosom losu. U kobiet przeważają motywy fizyczne do samobójstwa, u mężczyzn płyną one z trudów i walki życia.

Co do wieku, to najczęściej dopuszczają się samobójstwa ludzie powyżej lat 40 a dla Galicyi największa liczba samobójców tak mężczyzn jak kobiet przypada na wiek między 30 a 60 lat. Rzadszem już bywa samobójstwo między 20. a 30. rokiem życia. Poza tymi okresami samobójstwo rzadko się zdarza. Ze względu na stan, okazuje się, że częściej kończą samobójstwem ludzie stanu wolnego, rozwiedzeni i owdowiali, niż ludzie żyjący w spokojnym i szczęśliwym związku małżeńskim. Wpływ dzieci okazuje się wcale wybitnym a to u owdowiałych; tak bowiem kobiety owdowiałe jak i mężczyźni owdowiali, gdy mają dzieci, rzadziej dopuszczają się samobójstwa, niż bezdzietni. Ze względu na zatrudnienie okazuje się, że najmniej samobójstw jest w stanie duchownym a zwłaszcza u zakonnic; najwięcej zaś wśród ludzi handlem i przemysłem zajętych (nieszczęśliwe operacye finansowe i t. d.) i ludzi umysłowo pracujących, jak uczonych, literatów i t. d.

Między wojskowymi samobójstwo trafia się często a wedle obliczeń Oesterlena, Schinzmera i Meynna przypada w monarchii austryacko-węgierskiej jedno samobójstwo na 61 żołnierzy a na 93 cywilnych.

Częstemi są samobójstwa wśród więźniów, na co już Tardieu zwrócił uwagę, opisując różne sposoby powieszenia się u więźniów w kryminałach paryskich. Wedle obliczeń Morsellego więźniowie dostarczają najwięcej samobójców; u nich bowiem popęd samobójczy wraz z popędem do zbrodni i ze zboczeniami umysłowemi jest wedle Lombrosa skutkiem zwyrodnienia umysłowego.

W samym obrębie miasta Krakowa od roku 1881 aż do dnia 15. listopada 1892 r. odebrało sobie życie 181 osób, a mianowicie

W roku	1881 —	14	osób.	Z tego	mężczyzn	7	kobiet	7
„	1882 —	4	„	„	„	4	„	0
„	1883 —	20	„	„	„	16	„	4
„	1884 —	15	„	„	„	12	„	3
„	1885 —	17	„	„	„	14	„	3
„	1886 —	13	„	„	„	9	„	4
„	1887 —	18	„	„	„	14	„	4
„	1888 —	16	„	„	„	7	„	9
„	1889 —	10	„	„	„	9	„	1
„	1890 —	19	„	„	„	12	„	7
„	1891 —	20	„	„	„	12	„	8
„	1892 —	15	„	„	„	9	„	6
W 12 latach		181	osób.	Z tego	mężczyzn	125	kobiet	56.

Przyjmując w Krakowie 70.000 ludności, wypada na rok i 1000 mieszkańców:

W roku	1881	samobójców	0,2 %
„	1882	„	0.057%
„	1883	„	0,28 %
„	1884	„	0,21 %
„	1885	„	0 24 %
„	1886	„	0,18 %
„	1887	„	0,25 %
„	1888	„	0,22 %
„	1889	„	0,14 %
„	1890	„	0,27 %
„	1891	„	0,28 %
„	1892	„	0,2 %

Średnio wypada na każdy z 12 roków ostatnich po 15 samobójstw.

Najwięcej samobójstw było w latach 1883 i 1891, najmniej zaś w roku 1882, bo tylko 4 przypadki.

Liczba samobójstw według miesięcy przedstawia się tak:

(Patrz tablicę na odwrotnéj stronie).

Z zestawienia tego tyczącego się 174 przypadków, gdyż co do 7 otruć w r. 1881 nie zdołałem otrzymać bliższych wyjaśnień, wypada, że największa liczba samobójstw przypada na kwartał wiosenny, z miesięcy na czerwiec, potem kwiecień i maj, a więc zgodnie ze spostrzeżeniami Morsellego, Guerrego i Wagnera. Najmniejszą cyfrę przedstawia kwartał letni obejmujący miesiące lipiec, sierpień i wrzesień.

Pierwszy kwartał w ogólnéj liczbie przewyższa kwartał ostatni o 2 samobójstwa.

Co do wieku, to zestawienie z lat 12 przedstawia się w następujący sposób:

od lat	10	do	15	=	1	mężczyzna.					
„ „	15	„	20	=	22	osób,	mianow.	15	mężcz.	7	kobiet.
„ „	20	„	25	=	52	„	„	36	„	16	„
„ „	25	„	30	=	26	„	„	14	„	12	„
„ „	30	„	35	=	15	„	„	8	„	7	„
„ „	35	„	40	=	16	„	„	15	„	1	„
„ „	40	„	45	=	10	„	„	9	„	1	„

Rok	I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	VII.	VIII.	IX.	X.	XI.	XII.
	Według miesięcy											
1881.			1 k.	1 m.	1 k.	1 m.		-		1 m.	1 m.	1 m.
		1 kobieta			3 osoby {2 mężcz. 1 kobieta}						3 mężczyzn	
1882.			1 m.		1 m.	1 m.						1 m.
		1 mężczyzna			2 mężczyzn			—			1 mężczyzna	
1883.	2 m.	1 m.	1 m. 1 k.	1 m.	2 k.	4 m.	1 m.		1 m.	3 m. 1 k.	1 m.	1 m.
		5 osób {4 mężcz. 1 kobieta}			7 osób {5 mężcz. 2 kobiety}			2 mężczyzn			6 osób {5 mężcz. 1 kobieta}	
1884.		3 m. 1 k.	1 m.	1 m. 1 k.	2 m.	1 m.			2 m.	2 m.	1 k.	
		5 osób {4 mężcz. 1 kobieta}			5 osób {4 mężcz. 1 kobieta}			2 mężczyzn			3 osoby {2 mężcz. 1 kobieta}	
1885.	1 m.	2 m. 1 k.	1 m.	1 m.	1 k.	1 k.	4 m.	1 m.		1 m.	1 m.	1 m.
		5 osób {4 mężcz. 1 kobieta}			3 osoby {2 kobiety 1 mężcz.}			5 mężczyzn			4 mężczyzn	
1886.	1 m. 1 k.	1 m.		2 m. 1 k.	1 m.			1 m.		2 m. 2 k.	1 m.	
		3 osoby {2 mężcz. 1 kobieta}			4 osoby {3 mężcz. 1 kobieta}			1 mężczyzna			5 osób {3 mężcz. 2 kobiety}	
1887.	1 m.	2 m.	1 m	3 m.	1 m. 1 k.	3 m. 1 k.	1 m.	1 m.	1 k.	1 k.	1 m.	
		4 mężczyzn			9 osób {7 mężcz. 2 kobiety}			3 osoby {2 mężcz. 1 kobieta}			2 osoby {1 mężcz. 1 kobieta}	
1888.			2 m.	2 m. 1 k.	1 k.	1 k.	1 m. 3 k.	1 k.	1 m. 1 k.		1 k.	1 m.
		2 mężczyzn			5 osób {2 mężcz. 3 kobiety}			7 osób {2 mężcz. 5 kobiet}			2 osoby {1 mężcz. 1 kobieta}	
1889.	1 m.		2 m.		1 m.	1 m.	2 m.		1 m. 1 k.	1 m.		
		3 mężczyzn			2 mężczyzn			4 osoby {3 mężcz. 1 kobieta}			1 mężczyzna	
1890.	4 m. 1 k.	1 k.	1 m. 1 k.	2 m. 1 k.	1 m. 1 k.	2 m. 1 k.		1 m.	1 k.			1 m.
		8 osób {5 mężcz 3 kobiety}			8 osób {5 mężcz. 3 kobiety}			2 osoby {1 mężcz. 1 kobieta}			1 mężczyzna	
1891.		2 m.	2 k.	1 m.	2 m. 1 k.	3 m.	1 m. 1 k.	1 m.			2 k.	2 m. 2 k.
		4 osoby {2 mężcz. 2 kobiety}			7 osób {6 mężcz. 1 kobieta}			3 osoby {2 mężcz. 1 kobieta}			6 osób {4 kobiety 2 mężcz.}	
1892.	1 k.		1 m. 1 k.		1 m.	1 m.	1 m. 1 k.		1 m.	2 m.	2 m. 3 k.	
		3 osoby {1 mężcz. 2 kobiety}			2 mężczyzn			3 osoby {2 mężcz. 1 kobieta}			7 osób {4 mężcz. 3 kobiety}	
	13 osób	14 osób	16 osób	18 osób	18 osób	21 osób	16 osób	6 osób	10 osób	16 osób	14 osób	11 osób
	10 męż. 3 kob.	11 męż. 3 kob.	11 męż. 5 kob.	14 męż. 4 kob.	10 męż. 8 kob.	17 męż. 4 kob.	11 męż. 5 kob.	5 męż. 1 kob.	6 męż. 4 kob.	12 męż. 4 kob.	7 męż. 7 kob.	9 męż. 2 kob.
		43 osób {32 mężczyzn. 11 kobiet.}			57 osób {41 mężczyzn. 16 kobiet.}			32 osób {22 mężczyzn. 10 kobiet.}			41 osób {28 mężczyzn. 13 kobiet.}	

od lat 45 do 50 = 12 osób, mianow. 8 mężcz. 4 kobiet.
„ „ 50 „ 55 = 5 „ „ 5 „ — „
„ „ 55 „ 60 = 5 „ „ 4 „ 1 „
„ „ 60 „ 65 = 7 „ „ 5 „ 2 „
„ „ 65 „ 70 = 2 „ „ 1 „ 1 „
„ „ 70 „ 75 = 1 mężczyzna.

Z zestawienia tego wypada, że najczęstszem było samobójstwo u ludzi młodych, w wieku między 20. a 25. rokiem życia; przypadków bowiem u ludzi w tym wieku było 52 czyli 28·8%. Wogóle zaś zauważono, iż najwięcej samobójstw przypada u ludzi w wieku powyżej lat 40. Jeżli statystyka z lat 12 w Krakowie wykazuje największą liczbę na lata między 20. a 25. rokiem życia, to zapewne wpływa tu znaczna liczba samobójstw żołnierzy na wysokość ogólnej sumy w powyższym wieku.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Uznanie zasług prof. Halbana. Stósownie do uchwały Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, jednomyślnie zapadłej, odczytał i wręczył w dniu 17. b. m. prezes Dr. Ponikło, otoczony członkami komitetu, prof. Halbanowi adres tegoż Towarzystwa, opatrzony podpisami czynnych jego członków. — Adres ten, zredagowany w ciepłych wyrazach, podnosi zasługi prof. Halbana koło *Przeglądu Lekarskiego* i wyraża uznanie za gorliwą i skuteczną tym sposobem pracę koło rozwoju Towarzystwa, które jest właścicielem *Przeglądu Lekarskiego*. Prof. Halban do głębi wzruszony podziękował uprzejmemi słowy za ten dowód uznania ze strony Towarzystwa lek. krak. i zapewnił o niezmiennej swej życzliwości dla pisma, które redagował przez lat szesnaście.

Wieczorem tego dnia odbyła się w hotelu pod różą uczta, wydana przez teraźniejszych i byłych Członków komisyi redakcyjnej *Przeglądu Lekarskiego*, na cześć prof. Halbana. Gdy przyszła kolej na toasty, przemówił pierwszy imieniem Redakcyi obecny redaktor *Przeglądu Lekarskiego* prof. Domański a skreśliwszy pokrótce historyę rozwoju *Przeglądu Lekarskiego*, ocenił krytycznie zasługi znakomite profesora Halbana koło tego pisma. Następnie prezes Towarzystwa Doc. Ponikło wzniósł toast na cześć prof. Halbana imieniem Tow. lek. krak. podnosząc wpływ, jaki miał *Przegląd Lekarski* na wzrost Towarzystwa, i cechując zbawienne działanie tego pisma na rozkwit naszego piśmiennictwa zawodowego. Dalej przemawiał Dr. Kwaśnicki, jako od wielu lat członek komisyi redakcyjnej, przebiegając jej historyę, poczem prof. Rydel podniósł uprzejmość koleżeńską prof. Halbana, która niemało przyczyniła się do skuteczności jego zabiegów koło rozwoju pisma. Na wszystkie te przemówienia odpowiedział obszernie prof. Halban (słowa jego podamy w streszczeniu w przyszłym numerze). Po toaście, wniesionym przez prof. Rosnera na cześć rodziny prof. Halbana, wypowiedział prof. Oettinger wytwornym językiem ostatni toast w takich razach powszechnie przyjęty.

Serdeczny i poważny nastrój panował podczas uczty a żywa rozmowa uczestników zajmowała się wyłącznie troską o podniesienie *Przeglądu Lekarskiego*. Miłą niespodzianką dla zebranych był oryginalny spis dań, pod względem typograficznym wytwornie różnokolorowym drukiem przez znaną zaszczytnie na polu naszego drukarstwa drukarnię uniwersytecką sporządzony. Spis ten mieścił po jednej stronie wykaz potraw po łacinie ułożony przy pomocy najlepszych znawców tego języka krakowskich po drugiej miniaturowe *facsimile* pierwszego numeru *Przeglądu Lekarskiego* z roku 1877, pierwszego, który wyszedł pod redakcyą prof. Halbana.

— Na posiedzeniu administracyjnem Tow. lek. krak. w d. 18. stycznia b. r. odbytem 1) kol. prezes Ponikło w przemówieniu swem podał kilka uwag o czynnościach Towarzystwa w roku ubiegłym i przedłożył kilka spraw administracyjnych. — 2) Towarzystwo przyjęło do wiadomości zdanie sprawy swych urzędników i przewodniczących stałych komisyj. — 3) Towarzystwo przyjąwszy z uznaniem zdanie sprawy kol. Korczyńskiego, jako przewodniczącego komisyi przemysłowo-lekarskiej, z czynności komisyi w ostatnich 3 latach, uchwaliło, aby komisya ta przez następne trzechlecie dalej działała. — 4) Towarzystwo wyraziło ustępującemu Prezesowi Drowi Ponikle przez aklamacyę uznanie za skuteczne i energiczne kierowanie sprawami Tow. w roku ubiegłym. -- 5) Kol. Ponikło oddał urzędowanie w ręce nowo wybranego prezesa kol. Łazarskiego.

— Fizyologii prof. Cybulskiego wyszły dotąd dwa zeszyty, stanowiące dopiero połowę dzieła. Otóż w tej chwili — rzecz w naszem piśmiennictwie, osobliwie naukowem, niebywała — już wyczerpał się cały, lubo znaczny (1000 egzemplarzy) nakład owych dwóch pierwszych zeszytów. Prawdopodobnie przyjdzie niebawem do ich drugiego wydania, zanim ukaże się z druku dalszy ciąg a mianowicie trzeci zeszyt, obiecany przez Sz. autora na lato bieżącego roku.

— W Paryżu wychodziło w grudniu r. 1892 pism peryodycznych lekarskich 140, prócz 4 pism weterynarskich, 8 poświęconych farmacyi, 3 wyłącznie wojskowo-lekarskich i jednego zajmującego się sprawami lekarskiemi marynarki i kolonij francuskich.

— Na pierwszem posiedzeniu tegorocznem Wydziału lekarskiego Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu wybrano na rok bieżący jednogłośnie prezesem Dra Bolesława Wicherkiewicza, przewodniczącego komitetu *Nowin Lekarskich*, sekretarzem zaś Dra Teodora Dembińskiego. Koledzy ci już od lat kilku sprawują te urzędy; dowód oczywisty, że umieli sobie zyskać zaufanie Wydziału.

— Dr. Stanisław Choróbski, b. sekundaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie, osiadł jako prymaryusz w Podhajcach.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 25-go stycznia b. r. o godzinie 6-tej wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). — Porządek dzienny: 1) kol. Obaliński przedstawi przypadki operowane w szpitalu św. Łazarza.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **R. S. w K.** Żądanych odbitek dostarczyć nie możemy z powodu zapóźnego po nie zgłoszenia się. — W ogólności upraszamy raz jeszcze wszystkich Sz. Kolegów Współpracowników *Przeglądu Lekarskiego*, by żądania odbitek ze swych prac umieszczali na czele swych rękopisów w sposób łatwo pod oko podpadający; w przeciwnym bowiem razie nie możemy zadosyć uczynić ich życzeniu.

Wny Dr. **E. M. w L.** Dziękujemy; reszta listownie.

Wny Dr. **J. B. w B.** Otrzymaliśmy; dziękujemy, umieścimy niebawem. List wyślemy temi dniami.

Sprostowanie. W Nrze 2-gim na str. 14, szpalcie I, w 9. od dołu w artykule Dra Macheka opuszczono po słowie „*haczykiem*“ wyrazy: „*lecz nożykiem*“. Na str. 15, szp. II, w. 4 od dołu zamiast „*ratując*“ powinno być „*rotując*“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 28. Stycznia 1893. Nr. 4.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O obecnem stanowisku cholery azyatyckiej w nauce ze względu na jej etyologią i szerzenie się.

ODCZYT

Dra A. Krokiewicza

na posiedzeniu jubileuszowem ku uczczeniu 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Przed 26 laty — w r. 1866 ogłosił rodak nasz, Dr. Wiewiórowski, w języku łacińskim rozprawę tyczącą się patologii i terapii cholery azyatyckiej (*De cholera asiaticae pathologia et therapia. Dissertatio inaug. Berlin. klin. Woch. 1892 Nro 42*), w której zdaje sprawę z 109 przypadków, leczonych w szpitalu w Królewcu. Na podstawie przebiegu ówczesnej epidemii wypowiedział W. zdanie, że cholera rozszerza się z ognisk, że w szpitalu użyto gruntownie środków zapobiegawczych, którym jedynie przypisać należy, że nie było przypadku przeniesienia się choroby na lekarzy i służbę, że zabiegom tym za podstawę służyła ta okoliczność, iż dejekcye chorych zawierają jad choleryczny, o czem się mógł przekonać na podstawie badania drobnowidowego stolców ryżowych i doświadczeń na zwierzętach. Badając drobnowidem znachodził W. gromady wibryonów i zarodników, które stanowiły główną część dejektów, a które okazywały nadzwyczaj żywe ruchy tak, że często obraz stawał się podobnym do roju żywych komarów. Na podstawie tych badań i doświadczeń na zwierzętach wysnuł autor wniosek, że właściwy jad cholery zawarty jest w drobnoustrojach, że zakażenie choleryczne występuje wskutek dostania się tych drobnoustrojów do organizmu z pokarmami lub powietrzem — zawsze jednak przez połknięcie — i że działanie tych drobnoustrojów na przewód pokarmowy polega na właściwym rozkładzie, na wnikaniu wibryonów do przybłonków, które następnie ulegają nekrozie i odłuszczają się.

W r. 1873 Wienkowski i Lipez, badając drobnowidowo dejekcye chorych cholerycznych podczas epidemii w Sanoku, odnosili również przyczynę powstawania cholery do drobnoustrojów podobnie zachowujących się, jak to podał Wiewiórowski, i starali się w tym kierunku leczyć cholerę, aby niszczyć bakterye przez podawanie roczczynu nadmanganezanu potasowego i chininu, co też dokładnie zaznaczyli w rozprawie umieszczonej w *Wiener med. Wochenschrift* Nr. 45 w r. 1873 pod tytułem: „*Ueber das Verhalten der in den Darmentleerungen der Cholerakranken enthaltenen Pilze gegen Kali hypermanganicum und Chinin*“.

Od tego czasu sprawa etyologii cholery azyatyckiej przycichła; opierano się tylko wyłącznie na faktach skreślonych jeszcze przez Griesingera w r. 1857 w dziele pomnikowem: *die Infectionskrankheiten* (X tom w *Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie redigirt v. Rudolph Virchow*) i nie przyznawano w ogóle znaczenia chorobotwórczego pasorzytom. Dopiero w r. 1883 t. j. od wybuchu epidemii cholerycznej w Egipcie poczęto napowrót roztrząsać kwestyę etyologiczną cholery azyatyckiej i obmyślać środki zapobiegawcze. W tym celu zwołano posiedzenie akademii lekarskiej w Paryżu w r. 1884, dwie konferencye w Berlinie w sierpniu 1884 i w maju 1885, konferencyę w Londynie zwołaną w sierpniu 1885 głównie przez sekretarza rządowego Indyj, wreszcie międzynarodową konferencyą w Rzymie w czerwcu r. 1885. Na konferencyach tych podniesiono dwa różne zapatrywania się ze względu na pochodzenie etyologiczne cholery azyatyckiej. Według jednych cholera azyatycka w każdym przypadku zostaje zawleczona z Indyj w ten sposób, iż ludzie przynoszą wraz z sobą przyrzut t. z. teorya efodystów (ἐφ' ὅδος); według zas drugich cholera azyatycka rozwija się wszędzie samodzielnie, u nas

w Europie tak samo, jak w Indyach, i występuje pierwotnie sporadycznie, jako cholera swojska w pewnych miejscowościach i następnie dopiero potęguje się w epidemią, t. zw. teorya autochtonistów (αὐτοχϑον).

Zapatrywanie się autochtonistów, zwolenników samodzielnego powstawania cholery azyatyckiej, należy już dzi siaj do historyi. Na ich czele stanął Jules Guerin w Paryżu i James Cunningham w Kalkucie. Dziś utrzymuje się w świecie naukowym jedynie zapatrywanie się efodystów, którzy znów rozpadają się na dwa wielkie obozy współzawodniczące ze sobą t. j. lokalistów i kontagionistów. Tak jedni, jak i drudzy, przyjmują zawleczenie specyficznego jadu z Indyj, gdzie cholera endemicznie panuje, lecz różnią się tem, iż według kontagionistów przyrzut choleryczny pochodzi jedynie z chorego na cholerę azyatycką i chory go też jedynie wytwarza; według zaś lokalistów chory na cholerę jak i jego dejekta nie mogą sprawić zakażenia, lecz zakażenie choleryczne sprowadzić może jedynie ziemia, która właściwie wytwarza zdolny do zakażenia zarazek. Według kontagionistów przyczyną cholery jest specyficzny prątek przecinkowy Kocha, który przenosi się z człowieka na człowieka przez wilgotne pośredniki, zwłaszcza przez wodę do picia, przez pokarmy i sprowadza cholerę przez swój rozwój w jelitach i następowe zatrucie ustroju produktami wydzielniczemi. Lokaliści zaś utrzymują, że zarodki choleryczne wytwarzają na tle miejscowej i czasowej dyspozycyi ziemi jad choleryczny, podobnie jak drożdże z roztworami cukru wytwarzają jad oszołamiającego wyskoku.

Gdy więc według kontagionistów człowiek stoi na pierwszym planie ze względu na etyologię cholery, odgrywa według lokalistów główną rolę ziemia.

Na czele kontagionistów stoi Robert Koch wraz z całą plejadą lekarzy. Wyznawcami zaś teoryi lokalistycznej jest mała garstka lekarzy wraz ze szkołą monachijską a na czele z Maksymilianem Pettenkoferem.

Od czasu wykrycia prątka cholerycznego przez Kocha i ogłoszenia teoryi kontagionistycznej cholery zawrzała też walka pomiędzy obydwoma stronnictwami a szczególniej ich przywódcami, nieraz nawet gwałtownie i namiętnie prowadzona, zwłaszcza ze strony nestora higieników, twórcy higieny doświadczalnej, profesora Pettenkofera w Monachium.

Pettenkofer, twórca teoryi lokalistycznej, opiera swe poglądy na teoryi Naegelego, który rzucił podwaliny dla bakteryologii i powstawania chorób zakaźnych w dziele swem pod tytułem: *Die niederen Pilze in ihren Beziehungen zu den Infectionskrankheiten und der Gesundheitspflege.* Według Naegelego do infekcyi zdrowych jest potrzebne koniecznie „coś“ z chorych osób, co on zwie przyrzutem (*contagium*), co jednakowo wtedy dopiero może zadziałać szkodliwie na zdrowe osobniki i wywołać u nich zakażenie, jeśli tenże przez coś innego t. j. zaduch (*miasma*) pochodzący z ziemi miejscowości zakażonej został odpowiednio przeistoczony. Gdzie jest *contagium* a brak *miasma,* tam nie powstanie epidemia cholery, równie jak i wtedy, jeśli jest *miasma* a brak *contagium.* Przyrzut (*contagium*) wydobywa się z chorego i jest według Naegelego drobnoustrojem przenośnym; zaduch zaś (*miasma)* tkwi w ziemi, jest też drobnoustrojem, który jednak nie da się przenieść. Tę teoryą zwie Naegeli dyblastyczną i przeciwstawia ją teoryi monoblastycznej, według której rozwój zarazka działającego na chorego wyłania się po za ustrojem człowieka, — w ziemi.

Naegeli uważa za rzecz pewną, że w durze brzusznym, cholerze azyatyckiej, żółtej febrze muszą koniecznie zadziałać te dwa czynniki, aby wywołać zakażenie. Jeden czynnik chorobotwórczy musi pochodzić z chorego osobnika a drugi z ziemi, przyczem nadmienia, że nie każda ziemia zdolna jest do wytworzenia istoty zaduchowej, miasmatycznej a nawet i ziemia mająca po temu bardzo wielkie warunki nie w każdej porze, lecz że jest to skutkiem czysto miejscowych i czasowych stosunków. Ze stanowiska fizyologii grzybów przypuszcza tylko dwie teorye, jako jedynie mogące wytłómaczyć powstawanie chorób zakaźnych: α) zarazek pochodzący z chorego człowieka musi przejść okres swego rozwoju w ziemi zakażonej, zanim rzeczywiście może zakazić (teorya monoblastyczna) — lub β) zakażenie ziemi sprowadza infekcyą zaduchową (miasmatyczną), bez której przyrzut (*contagium*) pochodzący z człowieka nie może się rozwinąć i stać się zdolnym do wywołania procesu chorobowego (teorya dyblastyczna).

Do tej ostatniej teoryi skłania się przeważnie jednak Naegeli a z nim i Pettenkofer w cholerze azyatyckiej.

Nie znając dokładnie czynników działających, chorobotwórczych, posługuje się Naegeli oznaczeniem ich literami x, y, z, i zestawia je w zrównanie $x+y=z$; gdzie przez x rozumie przenośny zarazek choleryczny, który sam jeszcze nie zaraża, lecz pochodzi tylko z chorych cholerycznych; przez y rozumie domniemany zarazek ziemi, który równocześnie z x lub już wpierw dostał się do ustroju w celu przysposobienia należytej gleby, dyspozycyi indywidualnej, nieodzownie potrzebnej do wywołania napadu cholerycznego po dostaniu się zarazka x do ustroju; przez z rozumie Naegeli napad choleryczny, który według niego jest skutkiem sumarycznego działania czynników $x+y$.

Pettenkofer, hołdując ściśle teoryi Naegelego, posługuje się również takiem samem zrównaniem do wytłómaczenia cholery, atoli według niego przez x należy rozumieć wprawdzie także przenośny zarazek choleryczny, ale taki, który sam przez się a względnie przez szerzenie się z jednych ludzi na drugich nie zaraża; przez y zaś uważa sumę miejscowych i czasowych stosunków w części znanych, w części nieznanych, których potrzeba, aby szerzący się przez obcowanie ludzi zarazek choleryczny x zmienić ilościowo i jakościowo tak, aby stał się zdolnym do zakażenia, przez co x staje się z.

Odrębnie tłómaczą powstawanie i szerzenie się cholery azyatyckiej kontagioniści z Kochem na czele. Według nich cholera powstaje pod wpływem obecności prątka przecinkowego (Kocha), który, jako taki, znajdując się w wypróżnieniach stolcowych chorego cholerycznego, zdolny jest do zakażenia zdrowych osób. Według nich ślady dejekcyi cholerycznych dostają się do studni lub wodociągu lub do mleka, lub na palec zdrowego człowieka, który, pijąc taką wodę lub mleko, lub dotykając się zwalanym palcem warg, przenosi przyrzut tkwiący w dejektach do jamy ust, skąd dalej dostaje się do żołądka i jelit i, jeśli sok żołądkowy nie jest kwaśny, rozmnaża się w przewodzie pokarmowym, wytwarza ptomainy, sprawia napad choleryczny i t. d.

Wglądnijmy obecnie bliżej w podstawy teoryi lokalistycznej a kontagionistycznej.

Za lokalistyczną teoryą przemawia ta okoliczność, że w Indyach, ojczyźnie cholery azyatyckiej, cholera panuje endemicznie w pewnych miejscowościach a nie w pewnych

klasach ludności. Ponieważ jednak z tychże miejscowości endemiczną nawiedzonych cholerą roznosi się przez komunikacyą ludzką, przeto kontagioniści utrzymują, że po za obrębem endemii i człowiek sam może objąć rolę ziemi i klimatu dolnej Bengalii, że wobec tego ziemia i klimat właściwy dla cholery są zbyteczne, gdyż chory sam jako przenośnik istoty zakaźnej zaraża zdrowych bezpośrednio.

Pettenkofer odmawiając prątkowi przecinkowemu Kocha, znajdującemu się w dejektach chorych cholerycznych, własności chorobotwórczych, przyjmuje jako *conditio sine qua non* jedynie miejscową i czasową dyspozycyą. Nie mogąc odpowiedniego przykładu przytoczyć z życia ludzkiego ucieka się do faktu zacytowanego przez Cramera, prof. botaniki w Zurychu, stwierdzającego w życiu roślinnem ważność tej miejscowej i czasowej dyspozycyi ze względu na pojawianie się chorób epidemicznych pomiędzy roślinami. Mianowicie mają niektóre okolice okazywać pewnego rodzaju odporność na pojawianie się chorób tak, że w nich rośliny nie ulegają zarazie, podobnie jak epidemie cholery nie nawiedzają pewnych miejscowości n. p. Lugdunu, Wircburga etc. Tak np. na sosnach pojawia się zaraza tak zwana pierzchnica rdzawa (*Blasenrost*) w dwóch postaciach, z których jedna wydarza się tylko w Alpach, druga na północy, a sosny z tej zarazy żółkną, niszczeją. Zaraza ta jednak nigdy nie pojawia się na płaszczyznach w Niemczech i w pewnych górskich okolicach n. p. w Uitlibergu, Albis, Czarnym Lesie, w Wogezach.... a to dlatego, że pasorzyt t. z. *Chryzomyxa Rhododendri* lub *Chryzomyxa ledi*, będący przyczyną wspomnianej zarazy, musi zmieniać postać i miejsce swego pobytu i żyje w jednej formie na sośnie a w drugiej na liściach róży alpejskiej lub bagna świniego (*ledum palustre*). Wobec tego rozwój i szerzenie się pasożyta na sośnie pozostaje w ścisłym związku z jego rozwojem na róży alpejskiej lub bagnie świniem. W górach, gdzie obok sosny rosną róże alpejskie, tam napotyka się *Chryzomyxa Rhododendri*, które wywoływa epidemiczną zarazę sosien; w północnych krajach, gdzie w miejsce róży alpelskiej rośnie bagno świnie, tam zarazę sosien wywołuje *Chryzomyxa ledi*; gdzie zaś jest brak i róży alpejskiej i *ledum palustre*, tam sosny nie ulegają wspomnianej zarazie. Gdyby jednak udało się, powiada Cramer, n. p. w Uitlibergu zaaklimatyzować różę alpejską i *Chryzomyxa Rhododendri*, niezawodnie pojawiłaby się wspomniana zaraza sosien a odporność tejże okolicy na nią alboby się zmniejszyła znacznie lub by wcale jej nie było.

Warunki miejscowe i czasowe sprzyjające epidemicznemu pojawieniu się cholery upatruje Pettenkofer w odpowiemiej formacyi ziemi i wilgotności. Pojawienie się, wzmaganie lub zmniejszanie się epidemii odnosi P. do stanu wody gruntowej. Wysoki stan wody gruntowej nie sprzyja rozwojowi zarazy, niski zaś jej stan przeciwnie; bo, skoro obniży się poziom wody gruntowej, poprzednio wysoko się wznoszącej, natenczas w ziemi wytwarzają się korzystne warunki dla rozwoju jadu cholerycznego, ktory do niej dostał się wraz z kałem. Rozumie się, iż wpływ wody gruntowej może się zaznaczyć tylko w miejscowościach z ziemią porowatą, łatwo przepuszczającą, a więc na piaskach, już nie tak na pokładach obfitujących w wapno i glinkę, a wcale nie na pokładach okrzemkowych. Że Wircburg jest odporny lub też na niektórych tylko miejscach przystępny dla jadu cholerycznego, ma pochodzić ztąd, że miasto w części położone jest na formacyi okrzemkowej a częścią na gruncie porowatym. Ztąd też i opady deszczowe w Wircburgu inaczej działają jak n. p. w Monachium; gdy bowiem w Wircburgu, pomimo znaczniejszych opadów deszczowych i wyższej temperatury, woda gruntowa nie zalewa piwnic — w Monachium, gdzie są mniejsze opady deszczowe i niższa ciepłota powietrza, rzecz się ma przeciwnie. Podobnie miasta Lugdun, Sztutgart, Wersal i t. d. dlatego nie miały być nawiedzane cholerą, że są zbudowane na gruncie skalistym lub gliniastym lub wreszcie na gruncie bardzo wilgotnym. Podnosi tę okoliczność i Günther w sprawozdaniu o epidemii w Saksonii w r. 1866 (*Verhandlungen der Choleraconferenz in Weimar 1867*) przytaczając na przykład epidemię cholery we wsi Mühlsen St. Jacob. Wieś ta leży w dolinie po obu brzegach przepływającego tamże strumyka. Na jednym brzegu ziemia okazywała pokład gliniasty i tam było mało przypadków cholery; po drugim brzegu, gdzie grunt był piaszczysty i żwirowaty, cholera grasowała bardzo mocno, chociaż sposób życia, zatrudnienia ludności i budowania domów był ten sam i w czasie cholery była żywa komunikacya pomiędzy mieszkańcami obu brzegów.

Z tem jest w sprzeczności przebieg epidemii w Genui, Gothenburgu, Bombaju, miastach, które pomimo, iż są zbudowane całkiem lub w przeważnej części na gruncie nieprzepuszczalnym strasznie nawiedzała cholera we wszystkich ich częściach. Również i Hirsch w (*Handbuch der historisch geographischen Pathologie*) nadmienia, że cholera w Zachodnich Prusiech o wiele mocniej panowała na gruncie gliniastym niż piaszczystym. Koch zaś, aczkolwiek po części przyznaje pewien wpływ stosunkom geologicznym ziemi na szerzenie się cholery, to jednak stanowczo zaprzecza, aby główną rolę odgrywały. Na dowód przytacza wioskę Craponne, pod Lugdunem, zamieszkałą przez same prawie tylko praczki, która była siedzibą cholery azyatyckiej pomimo terenu gliniastego. Że zaś miasto Lugdun dotychczas nie było widownią cholery, pomimo, że ona panowała groźnie w okolicy, tłómaczy Koch tamtejszemi zwyczajami, które nie dozwalają prać mieszkańcom bielizny na miejscu w mieście, lecz w sąsiedniej wiosce Craponne lub w odpowiednich pralniach urządzonych nad wartko płynącym Rodanem, przez co i czynnik etyologiczny szerzenia się cholery przez brudną bieliznę tamże usunięty.

Na dowód, że do powstania epidemii cholery potrzeba koniecznie miejscowej i czasowej dyspozycyi, przytacza Pettenkofer przebieg cholery na okrętach.

Według niego grunt okrętowy nie jest korzystny dla rozwoju cholery. Cholera azyatycka na okręt zawleczona ustaje, skoro okręt wypłynie na pełne morze, jak to można było stwierdzić w r. 1834 na okrętach stojących w okolicy Gibraltaru i Santander; w r. 1837 na okręcie w porcie maltańskim La Valette, gdzie z lądu na pokład zawleczona cholera ustała, skoro okręty wypłynęły na pełne morze. W ogóle epidemie cholery na okrętach są bardzo rzadkie. Na 400 okrętów, które w r. 1873 przewoziły aż 152.135 wychodźców z zakażonych portów Europy do Nowego Jorku, zaledwie tylko na 4 okrętach wybuchła cholera i to na 2 wydarzyło się po jednym przypadku, na jednym trzy a na ostatnim 11 przypadków. (C. d. n.)

II. Uwagi krytyczne nad farmakologią żelaza

(z powodu artykułu Dra Jana Wojtaszka: **O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy**) oparte na obcych i własnych doświadczeniach.

Podał
Dr. Wacław Sobierański,
asystent katedry farmakologii w Marburgu.

Ukazanie się u nas pracy farmakologicznej, noszącej wszystkie cechy oryginalności, nie należy do codziennych objawów polskiej literatury medycznej. Każda taka praca zwraca na siebie uwagę specyalisty; to też z niemałą ciekawością zabrałem się do odczytania rozprawy Dra Jana Wojtaszka: „O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy", umieszczonej w *Przeglądzie Lekarskim* w Nr. 5, 6 i 7 z r. 1892. Niemiłego jednak doznałem wrażenia, gdyż znalazłem w niej zdania dawno już pogrzebane w Europie.

I tak Dr. J. Wojtaszek prawie zaraz na wstępie (l. c. Nr. 5. s. 54) twierdzi, że „kilkadziesiąt doświadczeń na królikach i psach" doprowadziło go do następnych rezultatów: „1. Sole żelaza (?) stosowane na skórę nie ulegają wessaniu". — Na jakiej zasadzie opiera Dr. J. W. to zdanie, zrozumieć trudno, gdyż z jego publikacyi tego przekonania nabrać nie można; nie przytoczył bowiem żadnego doświadczenia w tym kierunku. Sam jestem daleki od wypowiedzenia czegoś stanowczego w tej kwestyi, ponieważ nie robiłem żadnych doświadczeń nad wessaniem żelaza przez skórę; przypomnę jednak, że w literaturze znane jest doświadczenie Chrząszczewskiego[1]), którego przeciwnicy wchłonliwości skóry nie odparli należycie. Tenże wstrzyknąwszy zwierzęciu do żyły szyjnej roztwór żółtego żelazosinku potasu ($Fe\ Cy_6\ K_4$), widział, po 3—5 godzinnej kąpieli, żyły i naczynia włosowate mocno zabarwione na niebiesko. Chrząszczewski więc na podstawie tego faktu i innych doświadczeń oświadcza się za wchłonliwością.

Następnie Dr. J. W. w drugim rezultacie (l. c. Nr. 5, s. 54) mówi, że po podskórnem wstrzyknięciu soli żelaza, „zupełnego wessania z tkanki łącznej podskórnej, jak to utrzymuje Glaevecke, stwierdzić nie mógł, i t. d.". Temu stanowczo na zasadzie własnych doświadczeń zaprzeczyć muszę; twierdzę bowiem, że, gdyby Dr. J. W. miał więcej cierpliwości, toby się o tem przekonał; również, wstrzykując podskórnie psom słabo alkaliczne roztwory, podwójne winiany żelaza i sodu, nigdy nie otrzymałem ropni ani zgorzeli. To samo potwierdzają i inni (H. Meyer) a w najnowszej pracy (dokonanej w r. 1891 w naszem laboratoryum) Gottlieb[2]), który powiada: „*Die subcutane Injectionen werden vorzüglich ertragen; keine Abscesse oder Schmerz an den Applicationsstellen, von denen nach 1—2 Tagen Alles resorbirt ist*". Skutki przeciwne przypisują albo roczczynom zbyt stężonym, żrącym, nieczysto przyrządzonym, albo też innym przyczynom, ułatwiającym powstawanie ropniów.

Dalej w 3-cim numerze swoich rezultatów Dr. J. W. poprostu ignoruje rezultaty drugich, które stały się pewnikiem dla wszystkich badaczy, twierdząc, że sole żelaza „podawane wewnętrznie tak do żołądka jakoteż wprowadzone wprost do jelit, głównie połączenia z kwasami organicznemi, ulegają również wessaniu i po kilku godzinach można je wykazać w moczu, a po zabiciu zwierzęcia w nerkach i w wątrobie a to albo przez polanie siarczkiem amonu albo przez polanie przekroju żelazosinkiem potasu, zakwaszonego kw. azotowym, w pierwszym razie występuje zabarwienie czarne, w drugim zielonkowate" (l. c. Nr. 5, s. 54)". Gdyby Dr. J. W. znał lepiej literaturę przedmiotu, nad którym zamierza pracować, nie popełniłby tylu zasadniczych omyłek i nie twierdziłby, że wyżej wymienionymi odczynnikami może wykazać wessane żelazo w moczu. Hamburger, który w tym kierunku najlepsze prace (w r. 1876, 1878 i 1880) ogłosił, powiada[1]): „*Ich selbst bekam bei einer Chlorotischen, die durch 3 Wochen täglich 2 Gran pyrophosphorsaures Eisen erhielt, ferner bei einer Frau, die täglich durch 10 Tage 0·2 gr. schwefelsaures Eisenoxydul nahm und schliesslich bei mir selbst, nachdem ich durch 4 Tage täglich 0·5 gr. citronensaures Eisenoxyd genommen, mit dem frischen Harn keine Spur einer Eisenreaktion, weder mit Schwefelammonium noch mit Blutlaugensalzen oder Sulphocyankalium, wenn ich mit eisenfreien Säuren angesäuert hatte*". To samo spostrzeżenie zrobili już dawniej Becquerel[2]) (1843) i Ihring[3]) (1852) a 1882 r. Müller[4]) kontrolując w swojej doktorskiej rozprawce doświadczenia Hamburgera przychodzi do tychże samych rezultatów, mówiąc: „*Mit diesen drei Reagentien* [$(NH_4)_2S$, $FeCy_6K_4$ i CN. SK.] *wurden 47 Urine, darunter 12 nach Eisenzufuhr, auf freie Eisensalze untersucht und stets ein negatives Resultat erzielt*". — Tych prac nie zna Dr. J. W., jeśliby jednak zechciał skorzystać nawet z literatury cytowanej przez siebie, to w L. Scherpfie[5]) znalazłby stosowną wzmiankę o pierwszej pracy (z 1876 r) Hamburgera[6]).

Zadziwiony pewnością, z jaką Dr. J. W. wygłasza swoje rezultaty, zrobiłem kilka doświadczeń na psach, kotach i królikach i nigdy nie otrzymałem reakcyi żelaza z wyżej wspomnianymi odczynnikami. I tak psu ważącemu 5150 grm. podawałem w roczczynie wodnym do żołądka za pomocą zgłębnika w pierwszych 3 dniach po 0·3 grm. mlekanu żelaza z odpowiednim dodatkiem winianu sodu, podług przepisu Dr. J. W. (l. c. Nr. 6, s. 71). Po upływie tego czasu nastąpiło przeczyszczenie czarne i przykro cuchnące. Przez dalszych 5 dni dostawał pies po 0·6 grm. mlekanu żelaza, również z dodatkiem winianu sodu a ostatniego dnia 2 grm. mlekanu żelaza, tak samo rozczynionego. Pies na drugi dzień dostał biegunki, jak poprzednio. Mocz codziennie do-

[1]) Versuche über die Resorption durch die Haut bei Vollbädern. Wiener med. Woch. Nr. 52, 1870 i Berl. klin. Woch. Nr. 41, 1870.

[2]) Ueber die Ausscheidungsverhältnisse d. Eisens. Gottlieb. Zeitschr. f. physiolog. Chemie. Bd. XV, Heft 5, 1891, s. 374.

[1]) Ueber die Aufnahme u. Ausscheidung des Eisens. Hamburger. Zeitsch. f. physiol. Chemie. T. 2, s. 194, 1878—79.

[2]) A. Becquerel. Seméiotique des urines. 1843.

[3]) Untersuchung menschlicher Faeces. I. Ihring. Inaug. Abh. Giessen 1852, s. 315.

[4]) Ueber das Vorkommen von Eisen im Harn bei verschiedenen Krankheiten und nach der Zufuhr von Eisenpraeparaten C. F. Müller. Inaug. Diss. Erlangen 1882, s. 8.

[5]) Die Zustände und Wirkungen des Eisens Literatur-Studie. L. Scherpf. Würzburg 1877, s. 126.

[6]) Prager Vierteljahrsh. 130, 148, 1876.

bywany kateterem, o jednej godzinie, nie dał z Am_2S, $FeCy_6K_4$ i CNSK żadnego odczynu. Również u tego i drugiego psa oznaczałem codziennie aparatem Thomy ilość ciałek czerwonych i białych zawartych w milimetrze sześć. krwi; o wyniku tego badania wspomnę później.

Odmienny rezultat otrzymałem, jeżeli przedtem zwierzę (kotka 2550 grm. ważąca) mocno znarkotyzowano chloralem (1·5 grm. w 10% roztworze wodnym), a w godzinę później, również do żołądka, wprowadziłem 2 grm. mlekanu żelaza, miałko sproszkowanego i zmięszanego z 10 cm. sześć. wody. Wtenczas następowało nagryzienie błony śluzowej żołądka (sekcyą stwierdzone) i, jeżeli dawka chloralu wystarczała do powolnego zabicia zwierzęcia (co jest indywidualnem), to po 20—32 godzinach mogłem w moczu wykazać siarczkiem amonu lub żelazosinkiem potasu bardzo nieznaczne ślady żelaza. Lecz to są wyniki, których w rachubę brać nie można! Króliki zachowują się cokolwiek odmienniej od psów i kotów. Podczas, gdy te ostatnie szczególnie obronne większą odpornością kanału pokarmowego i ośrodkiem wymiotowania, nigdy nie ginęły, nawet po dużych (2—3 gr.) dawkach mlekanu i innych soli żelaza, to króliki, nie posiadając tych warunków, ginęły już po dość nieznacznych dawkach (0·3 grm. mlekanu żelaza) w 6 lub 9 dni wśród objawów wstrzymania wydzielania się moczu, które występowało w ostatnich kilkunastu godzinach. W moczu jednak przedtem oddanym nigdy nie mogłem wykazać żelaza wyżej wymienionymi odczynnikami. Chcąc zaś przekonać się, czy nerki lub wątroba — tkanka a nie krew w niej zawarta — jest przyczyną tych reakcyj, należałoby Drowi J. W. te organa przestrzyknąć wodnym roztworem soli 0·75% lub roztworem cukru trzcinowego, jak to Zaleski[1]), Gottlieb[2]) i inni czynili.

Hamburger[3]) widząc, że zwykłymi sposobami nie może wykazać żelaza w moczu, zaczął, na wzór innych (Tiedemann i Gmelin[4]), Becquerel[5]), Schroff[6]), Bergeron i Lamaitre[7]) i inni) oznaczać je w popiołach moczu. Autor ten w drugiej swojej pracy podaje parę doświadczeń zrobionych na psach, u których po wprowadzeniu siarkanu żelaza do żołądka, znalazł bardzo nieznaczną zwyżkę nieprzekraczającą granic błędu wśród rozbioru i dziennego wahania w wydzielaniu żelaza. Przytem powiada: „*merkwürdig ist dabei aber, dass diese zugewachsene Eisenmenge im Harn nicht durch Schwefelammonium nachweisbar war*“, z czego przypuszcza, że żelazo występuje w moczu, tylko w połączeniach podobnych do hematyny. — W r. 1880 Hamburger[8]) zajmuje się wydzielaniem żelaza ze żółcią, lecz wychodząc z założenia, że zresorbowane substancye z przewodu pokarmowego powinny obficie występować w moczu i żółci, nie posuwa tej kwestyi dalej.

[1]) Badania nad żelazem wątroby. S. Sz. Zaleski. Gazeta Lekarska 1886 r.
[2]) l. c. s. 373.
[3]) Ueber die Aufnahme und Ausscheidung des Eisens. Hamburger. Z. f. physiol. Chemie, 2-gi tom, s. 191.
[4]) Tiedemann u. Gmelin. Versuche über die Wege, auf welchen Substanzen aus dem Magen und Darmkanale in das Blut gelangen. Heidelberg. 1820.
[5]) l. c.
[6]) D. Schroff. Lehrbuch d. Pharmakologie. Wien 1856. s. 157.
[7]) Arch. gén. de médecine [6] 4, p. 73. 1864.
[8]) Ueber die Aufnahme u. Ausscheidung des Eisens. Hamburger. Zweite Abhandlung. Z. f. physiol. Chemie. IV t. 1880.

To twierdzenie Hamburgera, przyjęte prawie powszechnie, jest kompletnie mylne; wiadomo bowiem, iż nie wszystkie substancye, po wessaniu z przewodu pokarmowego, ukazują się w moczu, jak to M. Hay[1]) dowiódł, dla siarkanu magnowego, w swojem studyum nad solami. Wiemy także, że niektóre sole (morfina i t. d.) nawet podskórnie użyte, a więc napewno krążące w ciele, nie ukazują się zupełnie w moczu, albo ukazują się tylko w nieznacznych ilościach.

Sam zaś opierając się na pracy Kunkela[2]) i innych a w części na własnem spostrzeżeniu, przypuszczam, że sole żeleziste użyte wewnętrznie mogą być wessane. Doświadczenie swoje zrobiłem parę lat temu na dwóch szczurach karmionych okruchami chleba, zwilżonemi paroma kroplami roztworu soli żelezistych (*ferri sulfurici* albo *ferri tartarici*); po 10 dniach szczury te zabiłem i wątroby po przestrzyknięciu roztworem soli fizyologicznym włożyłem do siarczku amonu. To samo uczyniłem z wątrobami (również przestrzykniętemi) dwóch szczurów, które karmiono tylko chlebem bez żelaza. W kilka godzin wystąpiło mocniejsze zczernienie wątrób szczurów żywionych żelazem, aniżeli tych, które wzięto ze zwierząt tylko chlebem karmionych. — Do tej jednak reakcyi nie przywiązywałem znaczenia, gdyż żelazo w wątrobie mogło było powstać z upośledzenia odżywiania się szczurów, które podczas trwania doświadczenia traciły apetyt i chudły. Mniemanie to poparte zostało spostrzeżeniem, że druga wątroba pochodząca ze szczura tylko głodzonego, wykazała w siarczku amonu w równym czasie to samo zabarwienie. A wiemy, że wątroba wśród upośledzenia odżywienia, gromadzi rozmaite związki organiczne żelaza, powstałe prawdopodobnie z krwi, a trwałość ich jest rozmaita. Kunkel[3]) zaś zrobił to samo spostrzeżenie na nieprzepłukanej wątrobie myszy, które popiera jeszcze kilkoma doświadczeniami, i dopiero wtenczas oświadcza się za prawdopodobną resorbcyą użytych wewnętrznie soli żelezistych. Tenże autor na końcu swojej pracy powiada: „*Soviel scheint aus allen Versuchen hervorzugehen: so einfach, wie man sich früher die ganze Frage zurecht legte, ist sie doch nicht*“.

To, co powiedziałem o solach żelezistych, da się zastosować do wszystkich specyfików polecanych szumnemi reklamami (hemol, hemogallol[4]), hematogen Pfeuffera, hemoglobina[5]) i t. d.), że ich resorpcya a jeszcze mniej skuteczność lecznicza nie jest dowiedziona, chociaż nie przeczę, że niektóre z nich mogą być wessane, jak również nie przeczę temu, że połączenia żelaza znajdujące się w pożywieniu (n. p. dobrej pieczeni i t. d.) są resorbowane![6])

[1]) Experimental investigation of the physiological action of saline cathartics. M. Hay. Edinburgh 1884, s. 162.
[2]) Zur Frage der Eisenresorption. A. J. Kunkel. Arch. f. die gesammte Physiologie, 50. Bd., s. 1, 1891.
[3]) l. c. s. 11.
[4]) Hemol i hemogallol są to przetwory ciemnego pochodzenia, wydobyte przez Koberta z barwika krwi, przy pomocy środków odtwarzających (cynku i pyrogallolu) o niewiadomym składzie chemicznym. Hemol podobno zawiera ślady cynku, który podług „guter Praktiker (?)“ (wyrażenie użyte w poleceniu tegoż środka przez Mercka) ma podnosić wartość tego przetworu.
[5]) Hematogen i hemoglobina Pf. są produktami również z krwi.
[6]) W ostatnich czasach Marfori opisał (Arch. f. experiment. Pathologie u. Pharmakologie, tom 29, s. 212) przetwór

Inne publikacye oświadczające się za resorpcyą żelaza na zasadzie farmakologicznego działania jak n. p. opisane przez Schulza[1]) doświadczenia na studentach z półtorachlorkiem żelazowym robią wrażenia wywołanych sztucznie zaburzeń żołądkowo-jelitowych, ale nic nie przyczyniają się do wyświecenia kwestyi leczniczej żelaza.

Czwarte twierdzenie Dra J. W., że „żelazo wydziela się głównie przez błonę śluzową jelit, oprócz tego w znacznej ilości z żółcią, w bardzo małej zaś z moczem (Tiedemann, Gmelin, Jacobi)“, nie wiem, dlaczego mieści się pomiędzy jego rezultatami, gdyż, o ile z publikacyi autora widać, nad tem nie robił on szczegółowych doświadczeń, a tylko parę razy znajdują się wzmianki o moczu i raz o reakcyi z siarczkiem amonu zrobionej „za życia(?) zwierzęcia“ w jelitach. O badaniu żółci nic nie wspomina.

Twierdzenie to jest zresztą błędnie wyrażone, gdyż zachodzi pewna różnica, czy aplikujemy sole żelaza wewnętrznie, czy też podskórnie lub wprost do krwi. O wydzielaniu żelaza moczem, po wewnętrznem użyciu, już wyżej powiedziałem; co zaś do żółci, to ta podług Hamburgera[2]) jeszcze mniej ma udziału w wydzieleniu żelaza, aniżeli nerki. Inaczej ma się ta sprawa, gdy wstrzykniemy roztwory żelaza pod skórę lub wprost do krwi; po tej manipulacyi żelazo ukazujące się w moczu można wykazać siarczkiem amonu i t. p. odczynnikami. Wtenczas podług Jacobiego[3]) do 10% wstrzykniętego żelaza wydziela się z moczem, żółcią i sokiem jelitowym (z których 1—5%[4]) przypada na mocz a nie „10%“ jak mylnie cytuje Dr. J. W.), około zaś 50% jest złożonych w wątrobie, a reszta w innych organach. Gottlieb[5]), dłużej obserwując swoje zwierzęta, doszedł do przekonania, że „*die Epithelien des Darmkanals die Fähigkeit besitzen, diese nach und nach, aus der Leber, in den Kreislauf eintretenden Eisenmengen in sich aufzunehmen und in den Darminhalt auszuscheiden*“. — Oto są dwie najnowsze prace nie uwzględnione przez Dra J. W.

Dalej w numerze piątym swoich rezultatów (l. c. Nr. 5, s. 55) powiada Dr. J. W., że najlepszemi do użycia podskórnego jakoteż wewnętrznego okazały się sole żelazowe, a między temi, „ich połączenia z kwasami organicznemi jako połączenia podwójne“ i że „po tych połączeniach występowały wszystkie objawy ostrego działania żelaza, w małych dawkach podawane przez dłuższy czas wywoływały zwiększenie się ilości ciałek krwi czerwonych i przekrwienie szpiku kostnego i t. d.“.

Po pierwsze podwójne sole żelaza z kwasami organicznemi już 10 lat temu polecili H. Meyer i F. Williams[1]) na zasadzie obszernej pracy — po drugie twierdzi tutaj Dr. J. W. — o ile go zrozumieć mogę, że „po użyciu podskórnem i wewnętrznem tych połączeń występowały wszystkie objawy ostrego działania żelaza“ (l. c. Nr. 5, s. 55), a więc zatrucie — w drugiej zaś dawce swoich wniosków pomieszczonej na końcu (l. c. Nr. 7, s. 85) ogłasza Dr. J. W., że „podawaniem wewnętrznem połączeń żelaza nawet w wielkich dawkach(?), wykluczywszy połączenia żelaza żrąco działające, nie można(!) wywołać żadnych objawów zatrucia“. Pytam się więc, które zdanie mam uważać za odpowiadające jego przekonaniu?

Po trzecie, mówiąc o zwiększeniu się ilości ciałek krwi, należałoby Drowi J. W. chociaż przytoczyć parę skromnych cyfr, popierających to twierdzenie. Tymczasem kontrolując to zdanie przez doświadczenie na psie (5150 grm. ważącym, o którym wyżej była mowa) otrzymałem zawsze znaczne powiększenie się ilości czerwonych ciałek krwi, skoro tylko pies dostał biegunki, co stało się 3. i 11. dnia (wtenczas liczba ciałek krwi podniosła się z 5.210,000 w mm. sześć., 3-go dnia na 6.140,000 a 11-go dnia 6.800,000). — Lecz tego chyba przypisać nie można specyficznemu działaniu żelaza? U dwóch psów, którym długo (przez 3 tygodnie) podawałem dziennie do żołądka po 0·05—0·1 grm. *ferri tartarici*, nie znalazłem żadnego powiększenia się wychodzącego poza granicę wahań zwykłych i nieuniknionego błędu przy rachowaniu czerwonych ciałek krwi. A o ile ich ilość może się podnieść po przeczyszczeniu, dowodzi praca Zawadzkiego[2]). (Dok. nast.)

wydobyty z białka o stałej ilości żelaza (0·702%), podobny do hematogenu Bungego (Zeitsch. f. phys. Ch. T. IX, s. 49), lecz odróżniający się od ostatniego przez swoją rozpuszczalność w zakwaszonym kw. solnym alkoholu. — Doświadczenia M., jak również sam przetwór, który podobno ma się resorbować w ilości do 56%, potrzebują potwierdzenia.

[1]) Zur Wirkung u. Dosirung des Eisens. Prof. H. Schulz. Therapeut. Monatshefte, II. Jahrg. 1888, s. 11.

[2]) Zeitsch. f. physiol. Chemie. Tom IV, s. 248.

[3]) Ueber das Schicksal der in das Blut gelangten Eisensalze. C. Jacobi. Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie, t. 28, s. 264.

[4]) Ueber Eisenausscheidung aus dem Thierkörper nach subcutaner u. intravenöser Injection C. Jacobi. Inaug. Diss. Strassburg 1887, s. 31. — Spostrzeżenia zaś Damaskina (Arbeiten des pharmakologischen Institutes zu Dorpat, Tom VI, 1891, s. 40), że po wstrzyknięciu podskórnem 14 mg. Fe w formie cytrynianu żelazowego u człowieka niedokrewnego, 40·18% wstrzykniętej ilości żelaza ukazało się w moczu bez wstąpienia w trwalsze połączenie, dotychczas nikt jeszcze nie potwierdził.

[5]) Zeitsch. f. physiol. Chemie. Bd. XV, s. 384. 1891.

[1]) Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie. T. XIII. s. 74.

[2]) Wpływ wstrzykiwań podskórnych znacznych ilości 0·7% roztworu soli kuchennej na krew i mocz po silnem zgęszczeniu krwi. J. Zawadzki. Pamiętnik Lekarski. 1889. Warszawa.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

H. Frenkel: **O wpływie przecięcia nerwów zwężających naczynia, oraz nerwów czuciowych na rozwój zakażenia wąglikiem (karbunkułem).**

Wpływ miejscowego przekrwienia, powstałego wskutek porażenia nerwów naczynioruchowych, na przebieg spraw zapalnych studyowało już przed Frenklem kilku badaczy. Doświadczenia robiono przeważnie na uszach królików z paciorkowcami róży, które po przecięciu nerwu współczulnego szczepiono królikom; rezultaty badań tych wypadły bardzo niezgodnie. Roger n. p. twierdzi, że w uchu przekrwionem zapalenie szybciej ustępuje oraz jest słabszem, aniżeli na uchu niedokrewnem. (Według Cl. Bernarda, Kussmaula, Samuela po przecięciu nerwu współczulnego po jednej stronie występuje niedokrewność ucha po drugiej stronie) Ochotin doszedł do wręcz przeciwnych wniosków. Wszyscy autorzy zgadzają się tylko na to, że w uchu przekrwionem zapalenie występuje prędzej, niż w uchu prawidłowem lub niedokrewnem. Virchow i Samuel są zdania, że porażenie naczynioruchowe w ogóle opóźnia ustąpienie sprawy zapalnej; Snellen zaś twierdzi, że porażenie to przyśpiesza powrót do stanu prawidłowego.

Po przytoczeniu 4-ch odnoszących się do tego doświadczeń Arloinga, opisuje autor swoje doświadczenia na królikach w ten sposób robione, że po przecięciu nerwu współ-

czulnego po jednej stronie szczepiono czystą hodowlę wąglika lub też krew zwierzęcia niedawno na wąglik padłego w ucho królika po tej samej stronie, po której nerw przecięto. Równocześnie dokonywano tychże samych szczepień na królikach, którym nerwu współczulnego nie przecięto.

Wyniki doświadczeń tych były następujące: Po wywołaniu zakażenia miejscowego, porażenie naczynioruchowe nie chroni bynajmniej zwierzęcia od zakażenia ogólnego, opóźnia jednak w każdym razie jego śmierć. Zjawisko to tłómaczy autor 1) powiększeniem się przepacania (*diapedesis*), które według Miecznikowa gra tu ważną rolę, i 2) podwyższeniem ciepłoty ucha, w którem sprawiono porażenie naczynioruchowe, gdyż według Chauveau ciepłota 42° wpływa szkodliwie na rozrost laseczników wąglika. Króliki, którym przecięto nerw współczulny, okazywały się częściej odpornymi na przyrzut wąglika, aniżeli króliki, którym nerwu tego nie przecięto.

Czas szczepienia po przecięciu nerwu nie ma żadnego wpływu na skutki zakażenia.

W drugim szeregu doświadczeń szczepił autor hodowle wąglika w ucho królików, którym poprzednio przecinał nerwy czuciowe danego ucha, t. j. wielki nerw uszno-szyjny, oraz mały nerw uszny. Ażeby dać króliki do kontroli służące w te same warunki, w których znajdywały się zwierzęta do doświadczeń użyte, przecinał im autor te same nerwy po stronie przeciwnej. Doświadczenia te nie dały rezultatów zupełnie pewnych; zdaje się, że po przecięciu odpowiednich nerwów czuciowych śmierć następowała szybciej, niż u innych królików i to tem szybciej, im dłużej trwała miejscowa nieczulica. Skutki doświadczeń tych nie są jednak zupełnie czyste dla tego, że przecinając nerwy czuciowe, przecina się równocześnie pewną ilość nerwów naczynioruchowych, co wobec wyż zestawionych skutków zaciemnia rezultat doświadczeń. Zwierzęta, którym przecięto nerwy czuciowe okolicy, w którą później szczepiono wąglik, okazywały się mniej odpornemi na ten przyrzut, niż króliki zdrowe. (*Arch. de med. exper. et d'anatomie path. 1re Ser.* T. IV. 1892). *K. Klecki.*

Chirurgija.

W. Wagner: Przyczynek do poznania działania broni palnej o małym kalibrze.

Autor, będący szefem oddziału chirurgicznego w szpitalu załogowym w Przemyślu, leczył tamże od marca 1889 po wrzesień 1892 r. 37 rannych od broni palnej Mannlicherowskiej (8 m. m.). Pomiędzy tymi było 33 rannych od ostrych nabojów, 3 od nabojów do ćwiczeń używanych t. j. takich, w których kulę metalową zastępuje zatyczka z czerwonej i szarej bibuły, lecz zresztą kształt i rozmiary pocisku są zatrzymane; w jednym zaś przypadku nie wiadomo, jakiego użyto naboju. W rzędzie tym jest 17 przypadków samobójstwa, bądź dokonanego, bądź usiłowanego, 14 przypadków rozmyślnego zranienia samego siebie celem uchylenia się od służby wojskowej i 6 zranień przypadkowych.

Samobójcy przeważnie, bo 10 razy, wypalili w głowę, przykładając lufę do szyi pomiędzy ramionami żuchwy a kością gnykową. Samobójcy ci padli, jakby piorunem rażeni. Rany postrzałowe odpowiadały wielkości pocisku, w trzech tylko przypadkach były większe, dochodząc wielkości czworaka. Obwódka naokoło rany była przypalona. Wylot tychże ran postrzałowych był większy a ubytek w kości jeszcze większy, aniżeli rana skórna. Od rany w kościach rozciągały się rozległe pęknięcia; w kanale postrzałowym miąższ mózgu był zmiażdżonym. Obrażenia te były jednak znacznie mniejsze, aniżeli u samobójców bronią 11 milimetr. Werndla. Dwóch samobójców przestrzeliło sobie twarz i obaj wyzdrowieli. W pierwszym przypadku rana postrzałowa w okolicy podszczękowej, odpowiadająca wielkości pocisku a wylot na policzku prawym. Strzał padł w tym kierunku, bo samobójca, wypalając, głowę mocno przechylił ku tyłowi. Wynikiem było znaczne kalectwo: ślinotok, bo usta zamknąć zdoła tylko z największym wysiłkiem, śmiech i gwizdanie niemożebne, mowa mało zrozumiała. W drugim przypadku strzał padł przedwcześnie i pocisk skaleczył dolną powiekę oka lewego i gałkę oczną lewą. Trzynasty samobójca przeszył sobie lewą połowę klatki piersiowej. Rana postrzałowa ma 8 milim. średnicy i takiż wylot, kanał postrzałowy w płucu drożny dla małego palca, serce skurczone ma rynienkowaty ubytek pomiędzy prawym przedsionkiem a komórką, żebra nie uszkodzone. Następny samobójca strzelił sobie w brzuch i umarł w 13 godzin. Rana postrzałowa w lewym podżebrzu, okrągła, o średnicy, 7 — 8 mm., wylot w linii pachowej tylnej 8 mm. w średnicy o brzegach nieco na zewnątrz podwiniętych. Pocisk przeszył sieć, jelito na przedniej i tylnej powierzchni na przestrzeni półcentówki, zmiażdżył dolny brzeg śledziony i przebił przeponę nie naruszając płuca. Jama otrzewnowa wypełniona krwią; o kale nie ma wzmianki.

Pomiędzy trzema przypadkami samobójstwa usiłowanego dwóch mierząc w piersi przestrzeliło sobie ramię, lecz w obu przypadkach broń przedwcześnie wypaliła. W pierwszym przypadku rana postrzałowa okrągła, miała 8 mm. w średnicy i brzegi postrzępione, wylot jej okrągły, 1 cm., o brzegach podartych. Kość była zmiażdżona w drobne kawałki. Autor oczyścił ranę i wydobył odłamki kości rozszerzywszy ranę zewnętrzną na 10 cm. Rany wygoiły się po 123 dniowym pobycie w szpitalu, lecz pozostał staw rzekomy tak, że kończyny wcale nie mógł używać, do pracy. Później jednak jeszcze trzykrotnie przecinać autor musiał ropnie, z których wydoby odłamki kości długie na 2—4 cm. Po wyleczeniu ropniów wycięto rzekomy staw i spojono kości. Chory opuścił szpital w blisko 5 miesięcy po operacyi z stawem rzekomym wprawdzie, jednakże kończyną skróconą, obecnie o 9 cm., mógł nieco władać. Ciekawem jest, iż chory ten nabawił się 11go dnia po operacyi reumatyzmu stawowego, który wszystkie większe stawy zajął z wyjątkiem stawów chorej kończyny. W drugim przypadku pocisk również zmiażdżył lewe ramię zadając ranę postrzałową na 2 cm. szeroką a na 1 cm. długą z wylotem na $2\frac{1}{2}$ cm. szerokim a na $1\frac{1}{2}$ cm. długim. Chory ten wyleczył się po 19 dniowym pobycie w szpitalu. Kostnina bardzo gruba, łokieć nieco mniej ruchomy, zdolność do pracy zadowalniająca.

Trzeci przestrzelił sobie brzuch. Rana postrzałowa okrągła, mająca 8 mm. w średnicy, tuż poniżej lewego łuku żebrowego, w linii pachowej przedniej a wylot 10 mm. w średnicy mający, znajduje się 11 cm. ku tyłowi od powyższej rany. Dwunastego dnia prawidłowa dotąd ciepłota ciała podniosła się do 39,6°C i nastąpił krwiotok z wylotu rany postrzałowej, który się powtórzył dnia następnego. Rozszerzywszy ranę, odsłonił autor jamę, wielkości dwóch pięści, wypełnioną strzępkami mięśniów i skrzepami krwi, którą po oczyszczeniu wypełnił gazą jodoformową. Odtąd rany goiły się bez zaburzenia a zabliźniły się w 3 miesiące.

Pomiędzy 14 przypadkami zranienia samego siebie celem uchylenia się od służby wojskowej 8 przestrzeliło sobie wskaziciel prawy, co jest specyalnością galicyjskich żołnierzy iż oparłszy broń o ziemię, trzymając lufę ręką lewą, przykładają wskaziciel prawy na koniec lufy a palcami nóg spuszczają kurek. Dwóch przestrzeliło ksiuk, trzech dłoń prawą, jeden wreszcie ramię lewe zadając sobie ranę tylko w częściach miękkich.

Sześciu wreszcie zostało postrzelonych przypadkowo. W jednym przypadku padł strzał z odległości 30—40 kroków. Rana postrzałowa o średnicy 8 mm. tuż ponad prawym więzem Pouparta. Brzeg rany na wewnątrz podwinięty, nierówny; wylot jej lejkowaty, na pośladku prawym, o brzegach nierównych, postrzępionych, mający w średnicy 3 cm. Brak czucia w całej kończynie dolnej prawej. Czwartego dnia rozpoczynająca się zgorzel palców postępowała następnych dni, ciepłota ciała dochodziła do 41·0°C; musiano przeto amputować udo a później reamputować z powodu dalszego postępuzgorzeli, przyczem pokazało się, iż zropiał skrzep tętnicy udowej aż do więzu Pouparta. Nastąpiło wyleczenie. Drugiemu przestrzelono pierś z odległości 20 kroków. Nie poczuł on przytem żadnego bólu, uszedł jeszcze 15 kroków, potem upadł i sprawdzono ranę przeszywającą szczyt prawego płuca. W ciągu 7 dni wygoił się i służy da-

lej. Trzeci postrzelony został z odległości 400 kroków, klęcząc podczas strzelania do tarczy poza wałem ochronnym, przyczem doznał uszkodzenia części miękkich prawego ramienia i uda.

Nabojami używanemi do ćwiczeń (*Exercierpatrone*) a opisanymi powyżej postrzelony został przypadkowo żołnierz w łopatkę z małej odległości. Rana okrągła o średnicy 1 cm.; zatyczkę papierową wydobyto z przewodu na 5 cm. długiego tuż koło zewnętrznego brzegu łopatki. Siódmego dnia wystąpiły przypady tężca a w 4 dni później chory umarł. Dwóch zaś żołnierzy doznało postrzałów uda takimi samymi nabojami z małej odległości. W obu przypadkach pocisk utkwił w częściach miękkich, wydobyto go a wyleczenie nastąpiło w jednym w 12, w drugim zaś w 38 dniach.

Wyniki swoich spostrzeżeń porównywa Wagner z wynikami innych autorów i z doświadczeniami. W obec stosunkowo małej dotąd liczby zranień tą bronią każdy przyczynek jest nader cennym; wyjaśnia bowiem działanie nowoczesnych pocisków, co dla lekarza powołanego do niesienia pomocy rannym w przyszłej wojnie wielkie ma znaczenie. Opis przypadków ilustruje 8 rycinami w tekście, fig. 5. jednakże, przez pomyłkę widocznie, przedstawia wskaziciel lewy zamiast prawego na końcu lufy. (*Klinische Zeit- und Streitfragen.* Tom VI, zeszyt 8 i 9. 1892). *Dr. Bogdanik.*

R. Wiliams: **Spostrzeżenia w przedmiocie ogólnej patologii raka, osobliwie sutka.**

Pod względem wpływu płci, to na 7878 raków przypadło 2861 na mężczyzn a 5017 na kobiety, co równa się stosunkowi jak 1:1·7. Ta znaczna przewaga raków u płci żeńskiej tłumaczy się szczególniejszem przez tę chorobę nagabywaniem macicy i sutka. Jakoż z innych znów 7297 przypadków raka rozdzielonych na 2669 mężczyzn i 4628 kobiet przypada z raków u kobiet 40·3% na sutek a 34% na macicę. U mężczyzn zaś najpospolitszym był rak w jamie ustnej a wynosił tylko 26·4% raków u nich spostrzeganych.

Śmiertelność z raka jest największa u obydwóch płci między 55. a 65. rokiem życia; rak zaś sutka pojawia się najczęściej w 48. roku.

Bardzo ciekawy jest związek między rakiem a barwą włosów i oczu. Z barwą ciemną o wiele częściej rak się schodzi razem, niż z barwą jasną, co się tyczy osobliwie u kobiet. Z 256 kobiet chorych na raka było 150 ciemnowłosych a 100 jasnowłosych. Stosunek ten, przynajmniej w Londynie, tem bardziej uderza, iż z ludności tamtejszej ma tylko 43% włosy ciemne, 57% zaś ma jasne.

Pod względem ras jest wprost przeciwnie; w rasie białej rak jest dwa razy pospolitszy, niż w rasie czarnej. Dalej uwagi jest godnem, że w Ameryce północnej rak jest znacznie rzedszy niż w Europie, a stosunek ten wyraża się liczbami 2·22 dla Ameryki, 4·3 do 6·1 dla Europy. W krajach podzwrotnikowych jest rak rzadki, częsty zaś w Chinach. — Pod względem społecznym wypada ze statystyki Williamsa, że rak jest pospolitszy w klasach zamożniejszych, wśród ludności rolniczej i rzedszej, niż u ubogich, u ludności fabrycznej i gęsto zamieszkałej. (*Medical chron.*, sierpień, wrzesień i październik 1892). *D.*

Choroby wewnętrzne.

Liebermeister: **O wrzodzie okrągłym żołądka.**

Co się tyczy umiejscowienia wrzodu, jego rozwoju i patogenezy, prof. L. podaje znane wszystkim szczegóły i pod tym względem nie łatwo o jakieś nowe odkrycia. Powstawanie wrzodu tłómaczy sobie prof. L. obumarciem (nekrozą) pewnej cząstki błony śluzowej wskutek zaburzeń w krążeniu lub też wskutek miejscowego wynaczynienia na powierzchni błony, której ta część ulega strawieniu przez sok żołądkowy, wskutek czego powstaje lejkowaty ubytek w żołądku. W jaki jednak sposób powstaje i zkąd pochodzi zaburzenie w krążeniu, nie umie objaśnić, podając zator lub zakrzep małej tętniczki jako może przyczynę nekrozy. Z ogólnych przyczyn przede wszystkiem wymienia niedokrewność, w której wynaczynienia bywają dość częste. Nie zgadza się natomiast na twierdzenie (głównie przez szkołę krakowską popierane), aby powiększenie się kwasoty soku żołądkowego mogło być przyczyną wrzodu, chociaż w innych warunkach usposabiających i ta okoliczność może ułatwić powstanie wrzodu.

Co do objawów kładzie główny nacisk na bóle, zwłaszcza po jedzeniu a nie mniej też i za uciskiem na dołek podsercowy. Wymioty treścią spożytych pokarmów, zawsze prawie z oddziaływaniem bardzo kwaśnem, czasami wymioty krwawe, przypady trudnego trawienia (dyspepsyi) i następowe żaburzenia w ogólnem odżywianiu byłyby głównymi objawami tego cierpienia.

Co do zejścia i przebiegu, uważa wrzód żołądka za cierpienie uleczne, chociaż leczenie wymaga długiego czasu. Niekiedy jednak może przyjść do gwałtownych krwotoków, przedziurawienia żołądka i zapalenia otrzewny z zejściem śmiertelnem lub też wrzód może się zagoić, wytworzyć się blizna najczęściej w odźwierniku, który się zwęża i wówczas rozstrzeń żołądka będzie jego następstwem. W przewlekłych przypadkach najczęściej jeszcze przyłącza się do wrzodu gruźlica. Co do samego rozpoznania choroby, podaje te same objawy rozeznawcze, o jakich już wspomniałem, a brakowi kw. solnego w soku żołądkowym w raku żołądka nie przypisuje wcale tak doniosłego znaczenia, jak to przypuszcza Velden i szkoła krakowska.

Wrzód żołądka leczy prof. L. w ten sposób: Co dzień zrana na czczo poleca choremu pić po $^1/_2$ litra rozczynu soli karlsbadzkiej o cieplocie 35 C. w przeciągu $^1/_2$ godziny (łyżeczka lub nawet łyżka soli na $^1/_2$ litra wody) i to ma wywołać dwa wolne wypróżnienia. Jeżeli niema wolnych stolców, to zamiast łyżeczkę na $^1/_2$ litra bierze się łyżkę lub i więcej. Chory musi leżeć w łóżku przez 4 tygodnie nie ruszając się wcale. Dopiero w $1^1/_2$ godziny po wypiciu wody karlsbadzkiej wolno mu coś spożyć. Podczas tej kuracyi chory dostaje tylko zupę i mleko w ilości, jakiej sam chce, jednak na raz nie powinien pić wiele i najlepiej ciepłe. W przypadkach, w których picie wody sprawia wymioty, należy zacząć od małych porcyj i powoli je powiększać, albo też z początku dawać do picia tylko wodę karlsbadzką (*Schlossbrunn*) i powoli zacząć dodawać soli, aby codzień było po dwa wypróżnienia. Jeżeli i sól karlsbadzka nie przeczyszcza, to dobrze jest na noc dać pigułki: z *Extr. aloes.* lub *Rheum.* Jeżeli chory nie znosi mleka, to można dodawać trochę kawy lub herbaty. Po 4 tygodniach można tę kuracyę skończyć a dla sprawienia stolców podawać proszek: *Magn. carbon. 10·0, Pulv. rad. rhei 20·0, Eleosacch. menth. 10·0* i z tego łyżeczkę na noc, a z jedzenia pozwolić na sucharki, szynkę, cielęcinę obok mleka i zup; natomiast zabrania się zupełnie napojów wyskokowych. Jeżeli po 4 tygodniach z leczenia tego nie było skutku albo tylko skutek nieznaczny, dobrze jest zrobić pauzę i jeszcze raz przez 4 tygodnie toż samo powtórzyć. W razie braku skutku z wody karlsbadzkiej, zaleca prof. L. rozczyn *Argent. nitric. 0·15* na 100 wody i z tego zrana łyżkę, a następnie 2—3 nawet 4, a po wzięciu tego lekarstwa dopiero w $1^1/_2$ godziny można coś zjeść. Dyeta przy tem leczeniu jest taka sama, jak przy wodzie karlsbadzkiej.

W razie bolesności w dołku i oporu dobrze jest przykładać kataplazmy a w mocnych bólach zadać nawet morfinę wewnętrznie lub podskórnie. — W rozstrzeni żołądka najlepiej jest żołądek przepłukiwać a po przepłukaniu pić wodę karlsbadzką. W krwotokach z żołądka chory musi zachować bezwzględny spokój, nic nie jeść, połykać kawałeczki lodu, położyć worek z lodem na żołądek a obok tego należy dać lewatywę z rumianku z dodatkiem *Tinct. opii* 2—5 kropli, wewnętrznie lub podskórnie morfinę a w razie mocnego krwotoku trzeba nawet wstrzyknąć ergotynę. Prof. L. nie radzi dawać żelaza osobom, u których jest wrzód żołądka obok blednicy lub niedokrewności, lecz poleca żywienie ich mlekiem i leżenie w łóżku dopóty, dopóki nie miną objawy wrzodu. (*Samml. klin. Vortr.* Nr. 61).

Dr. J. Surzycki.

Notatki terapeutyczne.

10) Przeciw cuchnieniu z ust poleca *Journal de Méd. de Paris*, 6. 1892:

Rp. *Thymoli* 0·50
Boracis venetae 1·00
Spir. vini rectific. 2·00
Aquae destil. 1000·00
MDS. Do płukania ust.

lub

11) *Acidi salicylici*
Saccharini
Natri bicarbonici
ãã 5·00
Spir. vini rectificati 150·00

MDS. Po łyżeczce od herbaty dawać do szklanki wody i roztworem tym przepłukiwać usta po kilka razy dziennie.

12) Środek przeczyszczający dla dzieci:

Rp. *Olei ricini* 15·00
Infusi coffeae 60·00
Sacchari albi 20·00
Vitellum ovi unum
M. f. emulsio.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z d. 21. grudnia 1892 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 63.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący oznajmił, że tablicę pamiątkową, cieniom śp. prof. Dra Kopernickiego poświęconą, odsłonięto w d. 3. grudnia 1892 r. w kościele św. Anny; następnie, że Komitet międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie w r. 1893 odbyć się mającego zaprasza Tow. lek. krak. do udziału w swych pracach, w końcu, że Tow. lek. galic. wybrało delegatami do komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego na rok 1893 koll. Madurowicza i Rydla.

3) Towarzystwo przyjmuje do wiadomości niezłomne postanowienie dotychczasowego redaktora Przeglądu Lek. kol. Halbana nie przyjęcia na rok przyszły obowiązków redaktora i jednomyślnie wśród ogólnych oklasków uchwala następujący wniosek przez Komitet Tow. przedłożony: „*Tow. lek. krak. uznając znakomite zasługi położone w ciągu lat 16 przez kol. Halbana około Przeglądu Lek. ofiaruje mu adres ozdobny, w którym da wyraz czci i wdzięczności, jaką dla długoletniego, zasłużonego Redaktora jest przejęte*“.

4) Członkiem czynnym Tow. wybrano jednomyślnie Dra Eugeniusza Borzęckiego.

5) Odbyły się wybory urzędników Tow. na r. 1893. Wybrani zostali: prezesem kol. Łazarski, wiceprezesem kol. Trzebicky, sekretarzem dorocznym kol. Bronisław Olszewski, delegatem do Komisyi sanitarnej miejskiej kol. Jakubowski, redaktorem Przegl. Lek. kol. Domański, członkami komisyi redakcyjnej koll. Cybulski, Mars, Ponikło, Surzycki, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. galic. i zarazem na Walne Zgromadzenie Drowie Rieger i H. Schramm, członkami komisyi kontrolującej koll. Ściborowski i Śliwiński.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz: *Dr. Stanisław Karpiński.*

V. Z zakładu medycyny sądowéj Uniw. Jagiell.

O samobójstwie w ogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w latach od 1881—1892.

Według wykładu w Tow. lek. krak. w d. 7. grudnia 1892 r.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent zakl. med. sąd. Uniw. Jag. i lekarz sądowy.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3.)

Najmłodszy samobójca, który się utopił rozmyślnie, liczył między 10 a 15 lat życia. Samobójstwo między dziećmi nie należy do rzadkich i wyjątkowych zjawisk. Hofmann opisuje chłopca lat 12 liczącego, który, złem świadectwem szkolnem zmartwiony, odebrał sobie życie. W kwietniu 1892 wykonał Hofmann sekcyę 13 letniej dziewczyny, która, gniewem uniesiona na matkę, pozbawiła się życia przez zażycie arszeniku. Durand-Fardel w swej statystyce samobójstw u dzieci w Paryżu, zapisuje jednego 5 letniego samobójcę, kilku 9 letnich, z których jeden pozbawił się życia zmartwiony śmiercią ulubionego ptaka.

Najstarszym samobójcą w Krakowie w ostatnich latach 12 był mężczyzna liczący lat od 70 do 75. Jakkolwiek u ludzi będących na schyłku życia rzadko zdarza się samobójstwo, to jednak nie można przyczyny tego szukać w egoizmie i wielkim pociągu i miłości do życia u starców, lecz raczej w małej liczbie ludzi, którzy póżnego wieku dochodzą.

Średni wiek samobójców waha się między 25. a 30. rokiem życia. W liczbie 181 samobójców było 125 mężczyzn a 56 kobiet; zatem stosunek kobiet do mężczyzn przedstawia się nieco wyższym, niż 2 : 1.

Sposoby, których do pozbawienia się życia używali samobójcy, były następujące: otrucie w 65 przypadkach, strzał w 57 przypadkach, powieszenie się w 28 przyp., zrzucenie się z wysokości w 10 przyp., utopienie się w 6 przyp., poderznięcie się w 3 przyp., śmierć na szynach w 3 przyp., dynamit w 2 przyp. Siedmiu przypadków samobójstwa z roku 1881 nie uwzględniłem z powodu braku szczegółów.

Prawie we wszystkich krajach najpospolitszym sposobem pozbawienia się życia bywa powieszenie się, postrzał zaś i utopienie się rzadszem. Powieszenie wydaje się dlatego najczęstszem, iż nie wymaga żadnych kosztów i przygotowania, sprawia zaś pewną i prędką śmierć.

W statystyce z lat 12 najczęściej otruciem pozbawiano się życia, potem bronią palną — tego sposobu używali wyłącznie mężczyźni, równie jak dynamitu, poderznięcia i położenia się na szynach. U kobiet przeważnie otrucie było sposobem odebrania sobie życia; zrzucenie się z wysokości i utopienie już rzadziej.

Co do motywów, skłaniających do samobójstwa, to były one różne; o ile zaś można je było stwierdzić w niektórych przypadkach, były one następujące. Zmartwienia i nędza były pewnie najczęstszym motywem u samobójców z ludności ubogiej. O ile choroby umysłowe i zamroczenia umysłu w stanach gorączkowych były przyczynami, dwa tylko znane są dokładnie przypadki, i tak jeden obłąkany zrzucił się z okna oddziału dla chorób umysłowych, jeden chory w przebiegu zapalenia dławcowego płuc zrzucił się z okna kliniki lekarskiej w roku 1889. Brak funduszów na zapłacenie weksla skłonił do zastrzelenia się podeszłego mężczyznę w roku 1892, wyrok skazujący na więzienie skłonił mężczyznę do pozbawienia się życia przez rzucenie się pod koła lokomotywy również w 1892 roku; obawa przed ciążą była zapewne w dość znacznej liczbie przypadków motywem do samobójstwa u kobiet; choroby weneryczne, mianowicie wiewiór, (tryper) pchnął ucznia medycyny do samobójstwa. W jednym przypadku samobójstwo było następstwem zamroczenia umysłu, spotęgowanego częstem wywoływaniem hipnozy. Raz wydarzyło się samobójstwo podwójne z miłości.

Bronią palną odebrało sobie życie 57 mężczyzn. Najstarszy z nich miał 70 do 75 lat, najmłodszy 15 do 20 lat,

średni 30 do 35 lat. Do nich należeli wojskowi, z cywilnych zaś przeważnie ludzie z klasy wykształconej, mianowicie uczniowie, urzędnicy i t. d. Najczęściej, o ile to okazuje się z obdukcyj dokonanych w zakładzie medycyny sądowej, używano rewolwerów, rzadziej pocisków z broni większego kalibru mianowicie pistoletów. Najczęściej wybierano do strzału miejsce w okolicy serca. Z 10 przypadków tego rodzaju poddanych sekcyi, okazało się serce cztery razy całkiem nieuszkodzone, natomiast były poszarpane płuca, wątroba lub przepona. Raz serce było nienaruszone a worek osierdziowy był całkiem przedarty; w reszcie przypadków było serce zranione w różnym stopniu a nawet zmiażdżone, zależnie od tego, czy użyto pocisku większego, więc pistoletowego. Zwykle miejsca wejścia kuli znajdywały się w okolicy brodawki sutkowej, nieco poniżej i na wewnątrz od niej. Wedle zapisków i protokołów sekcyjnych zakładu medycyny sądowej strzałów w skroń było dziewięć a to w lewą skroń cztery, w prawą pięć. Strzały w skroń lewą pochodziły z ręki prawej, w prawą z ręki lewej.

W jednym przypadku otwór przewodu postrzałowego znajdywał się w okolicy podobojczykowej lewej. Być może, że pocisk, wymierzony w okolicę serca, zboczył nieco w górę. Trzy przypadki strzałów w usta poddano sekcyi: w dwóch znaleziono mały nabój rewolwerowy; w trzecim zaś u 59 letniego mężczyzny, którego twarz i czaszka były rozsadzone i nie do poznania zniekształcone, dla braku pocisku stałego rozpoznano postrzał ślepy lub wodny.

We wszystkich tych przypadkach, które sekcyonowano, rana zewnętrzna okazywała znaki postrzału z bliska. Często i ręka denata, która cios śmiertelny wymierzyła, była powalana sadzami; stanowiło to dowód niezbity dla rozpoznania śmierci zadanej ręką własną. W trzech przypadkach samobójstwa bronią palną była niewątpliwie chęć naśladowania. Że przykład i naśladowanie może być motywem samobójstwa, wspomina już Orfila w podręczniku medycyny sądowej przez siebie wydanym. Znając osobiście trzech samobójców, którzy w krótkim czasie po sobie życia się pozbawili, mogę twierdzić z wszelką pewnością, iż naśladownictwo, posunięte nawet do wyboru tegoż samego sposobu i narzędzia, było motywem spełnienia czynu. W roku 1882 pozbawił się życia uczeń ósmej klasy gimnazyalnej, liczący lat 20. Pochodził on z domu zamożnego, był uczniem dobrym a motywem samobójstwa stało się *taedium vitae*, które powstało z rozmyślań, iż nigdy nie stanie się sławnym i rozgłośnym. Przejąwszy się nauką o metampsychozie, wypowiadał zdanie, iż życie jego obecnie jest bez wartości i że je warto zakończyć, aby duch uwolniony z mizernego ciała mógł wstąpić w inne doskonalsze. Po dwóch, nieudałych próbach pozbawił się życia postrzałem w serce w obec kilku swych kolegów zajętych nauką. Samobójstwo to popełniono w grudniu 1882. roku. W styczniu roku 1883. a więc w miesiąc później odebrał sobie życie podobnie postrzałem w serce ubogi uczeń IV. klasy realnej, liczący lat 21. Ten ostatni usłyszawszy o samobójstwie poprzedniem, unosił się nad olbrzymią odwagą pozbawienia się życia i wyraził się przytem z gotowością okazania rówej odwagi. Odebrawszy ratę stypendyjną w chwili, gdy przecież nastręczały mu się sposobności do zabaw i lepszego życia, kupił pistolet i w nocy zabił się w mieszkaniu, zajmowanem przez siebie wspólnie z kilku kolegami. W lutym tegoż samego roku skończył samobójstwem uczeń II. klasy gimnazyalnej, liczący lat 17 a pozostający pod wrażeniem dwóch pierwszych przypadków.

Dynamit u nas coraz to więcej rozpowszechnia się wśród ludu, zwłaszcza zaś w okolicach Chrzanowa i Oświęcima. Dynamitu używają wieśniacy w tych okolicach najczęściej do ogłuszania ryb w stawach, celem ułatwienia ich połowu. W tychże samych okolicach posługują się dynamitem do dawania salw przy uroczystościach weselnych i t. d. Stąd to dynamitu użyto już dwa razy w celach zbrodniczych; przypadki te opisał prof. Dr. Halban.

Do samobójstwa użyło dwóch mężczyzn patronów dynamitowych. Jeden z nich, liczący około 25 lat, krewny pirotechnika, wybuchem dynamitu odebrał sobie życie poza rogatką rakowicką w roku 1888. W roku zaś następnym t. j. 1889. pozbawił się życia w obrębie miasta Krakowa mężczyzna, lat 27 liczący, patronem dynamitowem włożonym w kieszonkę lewą kamizelki. Przy sekcyi przedstawił się straszny widok zupełnego poszarpania i zmiażdżenia boku i ramienia lewego; bok cały przedstawiał jednostajną miazgę, złożoną z resztek skóry, mięśni tułowia, odłamków żeber, tkanki płucnej i serca.

Powiesiło się 28 osób a mianowicie 25 mężczyzn i 3 kobiety. Najstarsza z kobiet liczyła 65 lat, najmłodsza 15 lat, średnio 35 do 40 lat. Najstarszy mężczyzna miał 60, najmłodszy 15 lat.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

Dr. O. Kahler, Radca Dworu i profesor patologii i terapii szczegółowej tudzież kliniki lekarskiej w uniwersytecie wiedeńskim, zmarł w dniu 24. b. m. po długiej chorobie.

— Akademia umiejętności francuska zamianowała na posiedzeniu w dniu 12. grudnia 1892 swym członkiem nadzwyczajnym (*libre*) Dra P. Brouardela, profesora medycyny sądowej, dziekana Wydziału lekarskiego i prezydenta Rady zdrowia francuskiej.

— Dr. Władysław Krajewski otrzymał pozwolenie na wydawanie *Przeglądu chirurgicznego*, pisma peryodycznego poświęconego chirurgii, ginekologii, laryngologii, otyatryi i oftalmologii.

— Tow. opieki nad ofiarami zawodu lekarskiego przyznało jednorazowo 1000 franków a rocznie po 200 fr. wdowie po lekarzu Piaseckim, który padł ofiarą cholery w Hawrze.

— Czwarty kongres psychiatryczny francuski odbędzie się w roku bieżącym w La Rochelle od 1. do 6. sierpnia. Na porządku dziennym znajduje się: 1) Rzecz o autointoksykacyi w chorobach umysłowych. 2) O fałszywych zeznaniach obłąkanych przed sądem i 3) O towarzystwach opieki nad obłąkanymi.

— Prezydent policyi w Berlinie wydał nowe rozporządzenie tyczące się akuszerek, którego główne ustępy są:

1) Każda akuszerka pragnąca w Berlinie praktykować winna w przeciągu najwięcej 14 dni przedstawić się osobiście właściwemu fizykowi okręgowemu i przedłożyć mu świadectwo ze złożenia przepisanych egzaminów i przysięgi, dziennik swej czynności, najnowsze wydanie pruskiego podręcznika dla akuszerek i okazać narzędzia i przyrządy w nim wymienione.

2) Akuszerki obowiązane są w praktyce swej trzymać się ściśle przepisów zawartych w urzędowym podręczniku i rozporządzeń wydać się mających w przyszłości.

3) Każda akuszerka ma prowadzić dziennik swych czynności sporządzony według przepisów mieszczących się w wymienionym podręczniku.

4) O każdym przypadku gorączki połogowej równie jak śmierci rodzącej winna akuszerka w przeciągu 24 godzin po przekonaniu się o chorobie a względnie o śmierci donieść komisyi sanitarnej w sposób przepisany.

5) Każda akuszerka ma co trzy lata składać przed fizykiem swego właściwego okręgu w czasie i miejscu przez niego oznaczonem egzamin dodatkowy a w razie niezdania powtarzać go co kwartał.

Do takiego egzaminu dodatkowego ma przynieść akuszerka i okazać egzaminującemu ją lekarzowi okręgowemu najnowsze wydanie podręcznika dla akuszerek, dziennik i przepisane narzędzia i przyrządy.

— Towarzystwo lekarskie erfurckie ogłasza z powodu zamiaru tamtejszych stowarzyszeń ku wspieraniu chorych dopuszczenia do leczenia partaczów lekarskich, iż żaden z jego członków nie może pełnić obowiązków lekarza w stowarzyszeniu dopuszczającem partaczów do praktyki lekarskiej a zarazem uprasza lekarzy zamiejscowych, by w interesie godności stanu nie wchodzili w żadne umowy z towarzystwami w ten sposób postępującemi.

— Z poszukiwań Tarquana wypada, że średnie trwanie życia ludzkiego we Francyi, które przed 50 laty wynosiło 32 do 33 lat, wynosi teraz 40 lat.

Najdłużej trwa życie średnie w departamencie Gers, bo lat 51, po nim idzie Lot et-Garonne z 50 latami. W tych też dwóch departamentach jest najwięcej ludzi mających po 100 lat. Za nimi idzie Normandya z 40 latami. W Korsyce zato średnie trwanie życia ludzkiego wynosi tylko 28 lat i miesiąc.

Średnia trwanie życia u kobiet jest o dwa do trzech lat dłuższe, niż u mężczyzn. Pochodzi to naprzód ztąd, że w młodym bardzo wieku umiera więcej chłopców, niż dziewcząt a następnie, że kobiety podeszłe żyją dłużej niż mężczyźni.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **A. S. w B.** Kwotę 10 rubli otrzymaliśmy, zapłaciliśmy prenumeratę na Przegląd Lekarski za rok bieżący a z resztą postąpiliśmy podług zlecenia.

Sprostowanie. W Nrze 3. w artykule Drów Harajewicza i Podgórskiego na str. 34, szpalcie I, w. 9 od dołu zamiast: *„Jest szybkim“*, powinno być: *„nie jest szybkim“*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS

Celem obsadzenia posady drugiego lekarza miejskiego przy Urzędzie miejskim król. woln. miasta Lubaczowa, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem podań **do 15 go lutego 1893 r.** — Płaca roczna wynosi 300 złr. w. a.

Do obowiązków lekarza miejskiego należą oprócz bezpłatnego leczenia ubogich także oględziny ciał zmarłych tudzież oględziny bydła i mięsa. Pierwszeństwo mają lekarze wszech nauk lekarskich. — W miejscu znajduje się c. k. Sąd powiatowy tudzież stacya kolejowa.

18—1—1 Burmistrz: *Szydłowski.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 4. Lutego 1893. Nr. 5.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O obecnem stanowisku cholery azyatyckiej w nauce ze względu na jej etyologią i szerzenie się.

ODCZYT

Dra A. Krokiewicza

na posiedzeniu jubileuszowem ku uczczeniu 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4.)

Tymczasem kontagioniści przytoczyć mogą z zapisków lekarzy indyjskich i angielskich okoliczność zbijającą twierdzenie Pettenkofera ze względu na przyczynę wygasania rychłego cholery na okrętach [1]). I tak w marcu r. 1887 wybuchła cholera na okręcie Ardencloutha, który z Hamburga zawinął do Kalkuty. Ponieważ w Kalkucie nie panowała wówczas cholera, przeto można było stanowczo wykluczyć wpływ klimatycznych stosunków, wody do picia i możność zawleczenia cholery z zewnątrz z Kalkuty przez stykanie się z cholerycznymi. Tymczasem dzięki usilnym badaniom Dra Simpsona okazało się, iż przyczyną cholery było mleko, które sprzedawał ludziom znajdującym się na pokładzie okrętowym mieszkaniec z Howrah, miejscowości położonej na przeciwnym brzegu rzeki, nad którą leży i Kalkuta; mieszkał on w chatce położonej w pobliżu dwóch tangów, t. j. bagnisk indyjskich, w których zazwyczaj prano bieliznę i kąpano się. Bliższe poszukiwania wykazały, iż w tych tangach na kilka dni przedtem prano bieliznę choleryczną a wspomniany mleczarz roztwarzał tą wodą mleko i potem sprzedawał na okręcie. Od chwili, gdy zaniechano kupować mleko od niego, cholera na okręcie wygasła. Żadnych innych okrętów, które równocześnie w tych samych miejscowych i czasowych warunkach pozostawały, znajdując się w tej samej przystani wraz z okrętem Ardenclouta, cholera nie nagabnęła, przyczem dodać należy, iż ludzie na nich się znajdujący wspomnianego mleka nie pili. Słusznie więc podnosi Dr. Simpson, że przypadek powyższy poucza, jak mleko roztworzone wodą, zawierającą odchody choleryczne, pośredniczyło w przeniesieniu przyrzutu cholerycznego i stanowiło łącznik między epidemią lądową w Howrah a okrętową w porcie Kalkuty, równie jak cholera, pojawiająca się w dwóch odrębnych, nawet odległych miejscowościach, może mieć jedno i to samo źródło chorobotwórcze; słusznie przeto wyzyskują ów przypadek Knüppel z kontagionistami jako dowód dla swej teoryi, zaprzeczającej twierdzeniu Pettenkofera. Gdyby bowiem okręt Ardenclouta był wprzód wypłynął na morze otwarte, zanim zaprzestano kupować mleko od mieszkańca z Howrah, toby na nim epidemija cholery nie wygasła z przyczyny zmiany stosunków miejscowych i czasowych przez usunięcie się z miejscowości zapowietrzonej; wygasnęła zaś dlatego, ponieważ przestano pobierać mleko, w danym przypadku czynnik roznoszący cholerę.

Lokaliści w ogóle nie przyznają, aby cholera mogła się szerzyć przez wodę do picia, przez wodę służącą do użytku codziennego — w ogóle przez napoje i pokarmy — a to dlatego, ponieważ naprzód nie przypisują działania specyficznego prątkowi Kocha, a powtóre, ponieważ nawet w razie rzeczywistego działania chorobotwórczego, prątek przecinkowy nie może szerzyć infekcyi, jeśli żyje według badań Krausa w zwykłej wodzie 24 godzin a potem ginie; zdanie, z którem nie zgadza się Koch, gdyż według niego prątki choleryczne zmięszane z wodą studzienną żyją 30 dni, w berlińskiej wodzie kanałowej 6—7 dni (*Conferenz zur Erörterung der Cholerafrage gehalten im kaiserlichen Gesundheitsamte vom 4—8 Mai 1885*). Tymczasem doświadczenia lekarzy wschodnio-indyjskich i angielskich, mających ciągle od r. 1817 z cholerą do czynienia i doświadczenie z ostatniej epidemii inaczej pouczają. Najlepszy przykład przedstawia miasto Kalkuta, które leży nad rzeką Hughli i liczy

---

[1] Die Erfahrungen der englisch-ostindischen Aerzte betreffs der Choleraätiologie, besonders seit dem Jahre 1883 v. Dr. Knüppel. Zeitschrift f. Hygiene. X. Bd. 1891.

około 400,000 mieszkańców a na rozległych przedmieściach przynajmniej drugie tyle. Aż do r. 1870 wynosiła śmiertelność z cholery w Kalkucie, t. j. w śródmieściu samem, rocznie 2500—5000 a drugie tyle na przedmieściach. W ogóle od r. 1866—1870 śmiertelność na cholerę wynosiła 8·5 na 1000 ludzi; od r. 1871—1880 2·8 a od r. 1881—1885 śmiertelność z powodu cholery znów zaczęła się wzmagać i wynosiła 4·5 na 1000 ludzi. Jeszcze w r. 1866 rozpoczęto kanalizacyę śródmieścia w dzielnicy najbardziej zabudowanej i przez Europejczyków przeważnie zamieszkanej. Później zwolna i w innych częściach śródmieścia zaczęto budować kanały; do roku jednak 1874 wiele domów w dzielnicy przez krajowców zamieszkanej, nie miało jeszcze połączenia z główną siecią kanałową. Równocześnie z kanalizacyą rozpoczęto i budowę wodociągów. Wodę sprowadzono do śródmieścia z wspomnianej rzeki Hughli w odległości kilku mil powyżej miasta po dokładnem oczyszczeniu. Wodociąg wszedł w użycie w r. 1870. W latach od 1866—1870, t. j. w czasie budowania kanałów, nie można było widzieć żadnego wpływu na zmniejszenie się śmiertelności z cholery w Kalkucie. Ale wkrótce po otwarciu wodociągu, dostarczającego dobrej wody, śmiertelność z cholery zmniejszyła się nagle o $^2/_3$. Bez kwestyi więc sprowadzenie dobrej wody do picia odgrywało tu główną rolę a nie kanalizacya, skoro, mimo powiększenia sieci kanalizacyjnej śmiertelność z cholery utrzymywała się na dawnej wysokości, a dopiero po otwarciu wodociągu nagle się zmiejszyła. Jeżeli zaś pomimo tych stosunków cholera nie zmniejszyła się później w Kalkucie trwale, lecz zwiększyła się nawet nieco, to polega to na tem, iż w owym czasie zaczęło brakować wody wodociągowej tak, że wodociągi na noc zamykano lub tylko dostarczano z nich wody bogatszym mieszkańcom, gdy ludność biedniejsza indyjska, zaliczając się do największych konsumentów wody na świecie, piła wodę według dawnego zwyczaju z rzeki Hughli lub tangów.

Jeszcze wybitniej ten wpływ zaopatrywania mieszkańców w dobrą wodę wystąpił w miejscowym forcie William, który leży w środku miasta tuż nad rzeką Hughli. Jest on odcięty od kanalizacyi miejskiej a i w ogóle nie posiada żadnej. Owóż w tym forcie cholera grasowała bardzo i dopiero, gdy oficerowie zwrócili uwagę na tamtejszą wodę do picia, stosunki się zmieniły. Odkąd zaczęto ściśle przestrzestrzegać, by wody do picia nie zanieczyszczano, śmiertelność wybitnie się zmniejszyła. Skoro zaś i ten fort zaopatrzono w zdrową wodę, cholera obecnie się nie pojawia.

Podobne przykłady przedstawiają nam i inne miejscowości państwa indyjskiego jak Madras, Guntur, Nagpur, Jubbulpore i t. d.

W sprawozdaniu urzędowem (*Fortschritte der Medizin 1885*), przesłanem ówczesnemu ministrowi państwa niemieckiego Bötticherowi, z dnia 4. marca 1884 z Kalkuty podaje Koch następujące szczegóły:

„Jest to rzeczą uderzającą, że cholera nawet w tych krajach, gdzie wiecznie panuje (Indye), pojawia się szczególnie w pewnych tylko miejscowościach, gdzie tworzy ograniczone epidemie. Takie ograniczone, małe epidemie wydarzają się w okolicy tak zwanych tangów. W celu wyjaśnienia należy wspomnieć, że przez tangi rozumieją mieszkańcy tamtejsi bagna lub kałuże, które ze wszech stron otoczone są drobnemi chatkami, a znajdują się w całej Bengalii. Tangi te dostarczają mieszkańcom wody do wszelkiego użytku t. j.: tak do picia, jak i potrzeb codziennych (do mycia naczyń, prania bielizny i t. d.). Bardzo często nawet mieszkańcy piorą bieliznę zanieczyszczoną w takiej kałuży. Że przy tak różnorakim użytku woda w tangach ulega rychłemu zanieczyszczeniu i nie przedstawia warunków higienicznych, nie ulega żadnej wątpliwości. Do tego przyczynia się zazwyczaj i ta jeszcze okoliczność, iż nader często nad brzegami takich tangów składają odchody ludzkie. Tangi zawierają zatem wodę bardzo zanieczyszczoną i w obec tych stosunków łatwo sobie wytłómaczyć, że lekarze indyjscy wprowadzają w związek przyczynowy powstawanie trwałych, ograniczonych epidemij cholerycznych z wodą tangów. Takie epidemie zależne od tangów są pospolite w Indyach i wiedzą o nich dobrze doświadczeńsi lekarze. Zwróciłem zatem zaraz z początku, powiada Koch, na nie uwagę a znajdując się naówczas w Kalkucie prosiłem tamtejszego *Sanitary with the Governement*, aby mnie zawiadomił, skoro taka epidemia pojawi się w pobliżu Kalkuty. Jakoż taka epidemia wybuchła w ostatnich dniach lutego r. 1884 w Sahab Bahan, w jednem z dalszych przedmieść Kalkuty, gdzie w przeciągu kilku dni doniesiono o wielkiej liczbie przypadków cholery. Cholera ograniczyła się wyłącznie do zagród, zamieszkanych przez mniej więcej 100 osób a położonych na około jednego takiego tangu. Zmarło tam na cholerę 17. osób podczas gdy w niewielkiej już odległości, jakoteż i w całym zresztą rewirze policyjnym, do którego powyższa osada należała, nie było naówczas ani śladu epidemii. Uwagi godnem jest, iż to miejsce w ostatnich czasach wielokrotnie nawiedzała cholera. Co się tyczy powstania i szerzenia się dalszego epidemii, zarządziła komisya od razu skwapliwie poszukiwania, z których się pokazało, że wody z tego tangu według panującego zwyczaju używano do picia, kąpieli, prania i że ubranie pierwszego chorego, który zmarł na cholerę, zanieczyszczone kałem cholerycznym prano w tymże tangu. Następnie zaczerpnięto wody z tego tangu w rozmaitych miejscach i o różnej porze dnia i badano, czy w niej są prątki przecinkowe, których też była obfita ilość. Skoro epidemia miała się ku schyłkowi, szukano ponownie w wodzie z tego tangu prątków cholerycznych a wtedy już ich było mało. Nie uległo też żadnej wątpliwości, iż woda w powyższym tangu była zanieczyszczona skutkiem prania bielizny cholerycznej jadem cholerycznym i mieszkańcy używali jej do picia. Okoliczność ta przypadkowo stwierdziła doświadczeniem na człowieku, iż w prątku przecinkowym leży przyczyna infekcyi“.

Jaskrawy przykład w tym kierunku przedstawia wioska Vada Kencolam w okręgu Tinnevally w r. 1877, którą w grudniu nawiedziła w straszny sposób cholera. Zaraza ograniczyła się jednak tylko do wyższych kast, oszczędzając niższych kast ludności, mieszkających w skupieniu. Wszystkie wyższe kasty używały tam studzien, których niższe kasty według zwyczaju indyjskiego nie mogły używać. Do studzien tych przypadkowo, z powodu wadliwej budowy, sciekała woda używana do czyszczenia ciała i odzieży. Z dwóch studzien należących do kasty wyższej, jednej tylko używano i to tej, przed którą znajdował się zbiornik służący do kąpieli i prania bielizny dla kasty wyższej. Kaszta zaś niższa nie mogła się zbliżać do niej a dla swego użytku posiadała w swoim okręgu osobne studnie. Cholera, jak wspomniałem, grasowała jedynie wśród kasty wyższej i nie wiedziano przyczyny. Dopiero przypadek rzecz wyjaśnił. Mianowicie pewien służący, zajęty praniem bielizny swego pana w owym

zbiorniku, przypadkowo w celu ugaszenia pragnienia napił się wody z owej studni, którą mu podała z ławki wskutek jego prośby kobieta z wyższej kasty, i wkrótce po tem zachorował na cholerę i umarł. Był to jedyny przypadek śmierci na cholerę człowieka z niższej kasty. Okoliczność ta naprowadziła na przyczynę szerzenia się cholery, ową studnię zamknięto i rzeczywiście cholera ustała.

Również stwierdzają to dosadnie epidemie więzienne n. p. epidemia w centralnem więzieniu w Dekanie, w Yerrowda w maju i czerwcu roku 1875, epidemia więzienna w Coimbatore (Madras) w r. 1882, w Julpigoru w Bengalii w r. 1872 i t. d., gdzie tylko ci więźniowie chorowali, którzy pili jedną i tę samą wodę.

W zdaniu sprawy rocznem komisarza sanitarnego w Madrasie za rok 1876 opisany jest przypadek, rzucający światło na szerzenie się cholery przez wodę. Wieś Kanakkamputy w okręgu Salem, należącym do prezydentury w Madrasie liczyła 58 domów, zamieszkanych przez 202 ludzi, z których 56 zmarło na cholerę w 11 dniach. Cholera zawleczoną została przez dziewczynkę, która w towarzystwie rodziców przechodziła przez wsie, gdzie cholera mocno grasowała. Przybyła ona do wsi Nutegs a zachorowała 3-go lutego. Wioska ta Kanakkamputa leży na wzgórzu a składa się z chat skupionych, pooddzielanych od siebie wąskimi przesmykami. We wsi pili mieszkańcy wodę tylko z jednego tangu i używali jej do codziennych potrzeb a nawet prali w tym tangu bieliznę po cholerycznym, gdyż innej wody nie było. Epidemia trwała od 6—17 lutego, wody zaś po wyższej używano tylko do 12 go lutego. Po dostarczeniu innej wody epidemia wkrótce wygasła.

Zależnie od używania wody wystąpiła epidemia w Hinganghat w r. 1885 i w Kulajdanga w okręgu Hosseinabat (Bengalia). W tej ostatniej były 3 tangi, z których używano wody do picia. Pierwszy przypadek wydarzył się w domu położonym nad brzegiem jednego z tych tangów. Chory zmarł, a wkrótce zachorowało 5 innych członków rodziny, którzy też pomarli. Reszta 14 przypadków wydarzyła się tylko pośród tych mieszkańców, którzy z tego samego tangu pili wodę; żaden zaś nie zachorował, który pił inną wodę.

Przypadki epidemii w Rawalpindi w okręgu Punjub w r. 1885 tyczyły się przeważnie osób, które używały wody do picia i potrzeb codziennych nie z wodociągu, lecz z potoku Kassia Nulla, wystawionego niejednokrotnie na zanieczyszczenia, a mniemanie to potwierdziło się, skoro po zabronieniu używania tej wody epidemia wygasła we 2 tygodnie.

Podobnie Quarch opisując epidemią cholery wśród załogi batalionu strzeleckiego w Montevideo w r. 1887 i Samter w opisie epidemii w Poznaniu przytaczają przypadki, stwierdzające dosadnie przenoszenie się cholery przez wodę do picia, a Quarch badając bakteryologicznie wodę, o którą chodziło, miał nawet pośród niej wykryć prątki przecinkowe Kocha. Niemniej Virchow (*Berl. Klin. Wochsch.* Nr. 38 r. 1892) uważa wodę do picia za przenośnik jadu cholerycznego, podając za przykład epidemią w przeszłym roku w petersburskim zakładzie dla kalek, położonym nad prawym brzegiem Newy, gdzie z powodu wody w kilku dniach zmarło około 100 osób, jak i Wolter (*Berlin. Klin. Wochsch.* Nr. 46 r. 1892) w rozprawie: „*Ein Rückblick auf die Cholera-epidemie in Hamburg*“ podnosi, że przyczyną gwałtownego szerzenia się zeszłorocznej cholery w Hamburgu była zła woda a to na podstawie odmiennego sposobu występywania epidemii w sąsiednich miastach Altonie i Wandsbecku, mających z Hamburgiem te same miejscowe i czasowe stosunki, lecz różne ze względu na wodę.

Że mleko może przenosić cholerę azyatycką, dowodzi już przytoczony przykład epidemii na okręcie *Ardenclouta*, tudzież epidemia cholery w r. 1887 w więzieniu Alipore, znajdującem się na południowem przedmieściu Kalkuty, na co zwraca uwagę Dr. Simpson w swem zdaniu sprawy.

Przenoszenia się cholery zapomocą artykułów spożywczych na wielkie odległości przez ludzi zupełnie zdrowych dowodzi przypadek Cosseta, zaczerpnięty z tegorocznej epidemii a opisany w *Deutsche med. Wochsch.* Nr. 45. r. 1892. Kobieta wracała z Hamburga do Cieszyna (10 godzin jazdy) dnia 28. sierpnia. W Cieszynie odbyła kwarantannę, rzeczy jej zdesinfekcyonowano zapomocą pary a tylko w kieszeni zachowała kilka butersznitów, kupionych w Hamburgu. Dnia 29. sierpnia uwolniono ją z kwarantanny jako zupełnie zdrową a 31. sierpnia wysłano za nią rzeczy zdesinfekcyonowane. Powróciwszy do domu poczęstowała owymi butersznitami swego męża i córki. Dnia 1. września, t. j. w 3 dni po przybyciu tej kobiety do Cieszyna a w 2 dni po przybyciu do domu, zapadł wśród objawów ciężkiej cholery jej mąż i zmarł następnej nocy; w tymże czasie zachorowała jedna z córek i zmarła dnia czwartego na dur pocholeryczny; druga zaś córka, która zachorowała 4. września, wyzdrowiała. Kobieta owa jak i osoby, u których mieszkała w Hamburgu, nie miały cholery. W Cieszynie ani przedtem, ani potem nikt na cholerę nie chorował; oboje zmarli na cholerę nie mieli styczności z żadną miejscowością choleryczną. Butersznity te pochodziły z handlu krewnego wyżej wspomnianej kobiety a handel ten znajdywał się przy ulicy, którą przed 1-szym września nieznacznie nawiedziła cholera (zanotowano tylko 2 przypadki). Ale już w pierwszych dniach września zanotowano w bliskości owego handlu 10 przypadków cholery. Nie ulega też prawie wątpliwości, iż artykuły spożywcze z tego handlu przeniosły zarazę w sąsiedztwo Hamburga a również pośrednio i do Cieszyna.

Za przenoszeniem się cholery przez owoce przemawia epidemia ograniczona wyłącznie do rodziny Dra Smitha w r. 1889 zamieszkałego w okręgu Darjeckling w pobliżu Kursiong w południowej części Bengalji; o epidemii tej wspominają lekarze wschodnio-indyjscy i angielscy. Kursiong leży pośród wzgórz Himalajskich, na wysokości niespełna 2.000 metrów ponad powierzchnią morza. Od r. 1881 t. j. od 8 lat nie pojawiła się cholera ani w Kursiongu, ani w okolicznych wsiach, i dopiero w Taraj, miejscowości odległej o 5—6 mil a położonej o 4.000 stóp niżej panowała cholera w ostatnich dwóch miesiącach. W domu Dra Smitha zachorowało nagle na cholerę 6 osób, należących do rodziny, podczas gdy służba w liczbie 19 była zdrową i nikt z niej nie zachorował. Po bliższem dochodzeniu okazało się, że na cholerę zachorowali tylko ci, którzy jedli dojrzały owoc *Carica papaya*, pochodzący z okolicy zapowietrzonej Taraj, który Dr. Smith dostał w darze od tamtejszego plantatora. Służba, która tego owocu nie jadła, ocalała.

Podobnie i na okręcie amerykańskim, pozostającym od kilku tygodni w porcie w Shanghai zachorowało nagle na cholerę 3 majtków, pomimo, że nie opuszczali pokładu. Wywiady dokładne okazały, że wszyscy ci chorzy zachorowali po zjedzeniu sałaty dostarczonej sobie przez Chińczyków. Zważy-

wszy, iż według zwyczaju chińskiego jarzyny polewają kałem roztworzonym wodą, nie wyłączając i kału cholerycznych, łatwo pojąć zawleczenie i rozszerzanie cholery.

Że brudna bielizna może zawlec cholerę, wykazuje zeszłoroczna epidemia w gubernii lubelskiej a mianowicie we wsi Biskupicach (Gazeta lek. Nr. 40 r. 1892). Do tamtejszego proboszcza przybyła siostrzenica z Rostowa, okolicy nawiedzonej cholerą, i przywiozła ze sobą brudną bieliznę. Praczka, piorąca we wsi tę bieliznę, uległa pierwsza cholerze, i od niej daje się wywieść cała epidemia w Biskupicach i gubernii lubelskiej, epidemia niezwykle gwałtowna, skoro według urzędowych wykazów w samym Lublinie od 19. sierpnia w ciągu 11 tygodni zachorowało 2350 osób, a zmarło 788, co w stosunku do ludności stanowi chorych 4·81% a wypadków śmierci 1·58% — prawie tyle co w Astrachanie, gdzie zachorowało także 4·8% a zmarło 3·16%, lecz epidemia trwała dłużej o 2 tygodnie.

Do Nagasaki według sprawozdania Dra Dönitza o cholerze w Japonii w r. 1885 cholera została z wszelką pewnością zawleczona przez bieliznę oficera francuskiego od marynarki, który zmarł na pokładzie okrętowym. W kilka dni potem zachorował człowiek, który prał bieliznę po zmarłym oficerze, i jego żona. Odtąd cały szereg przypadków aż do gwałtownego wystąpienia epidemii. Poprzednio Nagasaki i cała Japonia wolne były od cholery od 2 lat.

Podobnie i do znanej nam już wioski Craponne pod Lugdunem, zamieszkałej prawie wyłącznie przez praczki, zawleczono cholerę przez brudną bieliznę w r. 1884 i t. d.

Rozwiodłem się nieco dłużej nad temi okolicznościami jedynie dla tego, aby wykazać, iż zdanie, które dla swej obrony wypowiadają lokaliści, a które zaprzecza wszelkiej możności przenoszenia się cholery przez wodę, pokarmy i wilgotne pośredniki, nie jest uzasadnione.

Że cholera przez ludzi się przenosi, nie zaprzecza Pettenkofer, lecz zapatruje się inaczej jak kontagioniści. Według Pettenkofera osobnik z miejscowości cholerą nawiedzonej zabiera ze sobą jad, który może tylko jego samego zakazić; aby zaś powstała epidemia cholery, to jad ten musi się dostać do ziemi, tam dojrzeć i dopiero w razie korzystnych dlań miejscowych i czasowych warunków wywołuje następnie epidemią. Ziemia zatem staje się właściwie przenośnikiem jadu cholery i z niej wychodzi infekcya. Wprost więc przeciwne jest zapatrywanie Kocha i kontagionistów. Według nich człowiek sam w kale wytwarza jad zdolny każdego odrazu zakazić i przez stykanie z ludźmi innymi rozprowadza go dalej; epidemia więc cholery szerzy się przez samych ludzi, nie przez ziemię.

(Dokończenie nastąpi).

II. Uwagi krytyczne nad farmakologią żelaza

(z powodu artykułu Dra Jana Wojtaszka: **O działaniu zabójczem przetworów żelaza na ustrój zwierzęcy**) oparte na obcych i własnych doświadczeniach.

Podał

Dr. Wacław Sobierański,

asystent katedry farmakologii w Marburgu.

(Dok. Patrz Nr. 4.)

Opisując otrucie przewlekłe żelazem (l. c. Nr. 7, s: 84) nadmienia Dr. J. W., że ilość ciałek białych krwi zmniejszyła się u królików, którym „wewnętrznie podawano 20—30 cm. sz. 3% rozczynu mlekanu“ tak, „że gdy przed karmieniem żelazem było ich 10 na jedno pole widzenia (?) wśród karmienia liczba ta opadła na 4—6“. Naprzód muszę potwierdzić zdanie Pohla [1]), że króliki nie nadają się do tych doświadczeń z powodu swego przewodu pokarmowego; później również potwierdzam spostrzeżenie tego autora, który u psów po niektórych przetworach żelaza znajdywał powiększenie się liczby białych ciałek krwi. Ja wprawdzie po mlekanie lub winianie nie dostawałem (u dwóch psów) tak dużego jak Pohl [2]) powiększenia, gdyż najwięcej było 40% i to nie zawsze.

Jedyne spostrzeżenie oryginalne w całej publikacyi Dra J. Wojtaszka jest o przekrwieniu szpiku kostnego, które muszę potwierdzić. Lecz czy ten objaw (spostrzegany także przez v. Meringa [3]) podczas zażywania rtęci) ma związek z tworzeniem się czerwonych ciałek krwi, śmiem powątpiewać, bo w kilku mikroskopowych preparatach przezemnie zrobionych nie udało mi się znaleść ani dojrzałych czerwonych ciałek krwi z mitozą, ani żadnych dowodów do nabrania tego przekonania. Zresztą, chociażbym znalazł, toby także nie dowodziło polepszenia się ogólnego składu krwi, gdyż wiadomo z poszukiwań Albertoniego [4]), że trucizny niszczące krew (*Blutgifte*), jak n. p. pirodyna, pirogallol, toluendyamina i t. d. zmuszają prawdopodobnie odruchowo szpik kostny do żywszej produkcyi nb. w organizmie jeszcze zdolnym do wyrównania tych strat. Do tego jednak dodać jeszcze muszę, że i teorye powstawania krwi w prawidłowych warunkach nie są jeszcze wolne od wątpliwości.

Kliniczne zaś prace polecające żelazo a oparte na oznaczaniu ilości ciałek krwi, ich wielkości i stopnia zabarwienia, potrzebują, co najmniej, dowodu z doświadczenia.

W dalszym ciągu swojej publikacyi przytacza Dr. J. W. kilka krytycznych spostrzeżeń niezgodnych z rzeczywistością. I tak, przeczy Meyerowi i Williamsowi [5]), że ciśnienie krwi (prawdopodobnie mierzone w tętnicy szyjnej) po injekcyi żylnej „nieco opada, potem wraca do pierwotnej wysokości, wstrzykiwanie zaś coraz większej ilości rozczynu żelaza obniża je znowu chwilowo“. To przeczenie, przypuszczam, że opiera się na jakimś błędzie, którego sobie wytłomaczyć nie mogę, gdyż Dr. J. W. nie przytacza bliższych danych. W kilku doświadczeniach własnych albo zrobionych w naszem laboratoryum (Gottlieb, Meyer) zawsze widziałem obniżkę stałą, której może cokolwiek pomagał winian sodowy, pomimo, że roztwór użyty do injekcyi, ogrzany do 37°C., wstrzykiwano pod stałem, nieznacznem ciśnieniem a zwierzę starannie okrywano i w ogóle usuwano wszystkie warunki, mogące obniżyć ciśnienie, oprócz nie dających się uniknąć jak n. p. krępowanie.

[1]) Üb. den Einfluss von Arzneistoffen auf die Zahl der weissen Blutkörperchen von J. Pohl. Arch. f. exper. path. u. Pharmakol. 25. Bd. 1889 S. 51.

[2]) do 114% przy koloidalnym tlenku żelaza l. c. s. 54.

[3]) Üb. die Wirkungen des Quecksilbers auf den thierischen Organismus. J. v. Mering Arch. f. exper. Pathologie u. Pharmakologie 13. Tom. S. 86 – 1881.

[4]) Üb. Blutbildungsprocesse unter dem Einflusse von Pyrodin nach Versuchen v. G. Mazzoni mitgetheilt v. P. Albertoni. Arch. f. gesammte Physiologie 50. Tom S. 587 1891.

[5]) Üb. acute Eisenwirkung. H. Meyer u. F. Williams. Arch. f. exper. Pathologie u. Pharmakologie 13. Tom. S. 70, 1881.

Dalej przeczy Dr. J. W. Williamsowi i Meyerowi, że po podskórnych lub żylnych wstrzyknięciach u psów nie widział mocnych objawów żołądkowo-jelitowych, jak wymiotów, biegunek czarnych i cuchnących a po śmierci przekrwienia błony śluzowej jelit; kiedy zaś te objawy występowały, tłómaczy je „chyba czemś innem, niż żelazem (?)“. Ja znów muszę poprzeć Meyera i Williamsa, jakkolwiek uważam wytłómaczenie tych objawów porażeniem obwodowych naczyń za podobne do prawdy lecz za niedowiedzione. Objawy żołądkowo-jelitowe przy aplikowaniu roztworów żelaza widzieli również Kobert [1]) i Gottlieb [2]) a brak ich zaliczam do rzadkich przypadków.

Podczas swoich doświadczeń przyszedł Dr. J. W. do przekonania (l. c. Nr. 6, s. 72), „że objawy zatrucia występują tem rychlej, im więcej żelaza wprowadzono do krwi w równym czasie“. Dziwiłbym się, gdyby było przeciwnie, a mniemam, że to zdanie służyło tylko do wypełnienia miejsca na papierze. Dane zaś przypuszczenie tego rodzaju (l. c. Nr. 7, s. 83), „że podczas używania siarkanu i sześciochlorku żelaza kwasy wolne prawdopodobnie w nich się stale znajdujące przeszkadzają i powstrzymują (?!) działanie zabójcze żelaza“, gdy się je stosuje do krwi lub pod skórę, jest poprostu żartobliwem. Innych spostrzeżeń Dra J. W., jak n. p. wydzielania się znacznych ilości wapna moczem, nie widziałem; przypuszczam dlatego, iż nie udało mi się przez „miesiąc cały“ przechować królików, którym podawałem tylko po 0·3 grm. na dzień mlekanu żelaza w roztworze, a może też z tej przyczyny, że nie byłem w stanie przyrządzić „20—30%“ rozczynu tej soli, gdyż z mlekanu żelaza bezwarunkowo otrzymać nie można tak stężonego roztworu [3]).

Nie chcąc poświęcać więcej czasu krytycznym uwagom, zamierzam jedynie omówić kilka końcowych wniosków Dra J. Wojtaszka.

I tak pierwsze twierdzenie (l. c. Nr. 7, s. 85) „że żelazo może działać na ustrój zwierzęcy zabójczo, ale tylko podane albo wprost do krwi albo pod skórę“, jest ogólnikiem nie zadawalniającym nikogo, gdyż ustroje zwierzęce rozmaicie oddziaływają na sole żeleziste. Królik np. ginie w ciągu 8—12 dni po wewnętrznej dawce 0.3 grm- mlekanu żelaza; pies znosi dziesięć razy większą dawkę tego przetworu z przyczyn wyżej wymienionych. Również roztwory rozmaitych soli niejednakowo wpływają na ustrój zwierzęcy, co także zawisło od dawek, które należałoby wymienić.

Drugi wniosek, że żelazo poraża „układ nerwowy środkowy po krótkiem jego podrażnieniu. Bezpośrednią zaś przyczyną śmierci jest porażenie oddechania“. To dowodzenie w pierwszej części jest możebnem, ale twierdzenie, że śmierć jest skutkiem porażenia oddechania, potrzebuje całego szeregu dowodów.

Trzecie twierdzenie (l. c. Nr. 7 s. 85), że „żelazo wstrzykiwane przez dłuższy czas pod skórę wywołać może zmiany w nerkach i t. d.“, na które zwrócił uwagę Kobert [4]), nie jest podług mnie zawsze słuszne, gdyż to zależy od gatunku zwierzęcia. Króliki w moich doświadczeniach po małych dawkach podskórnych, 0·01—0·05 grm. winianu żelaza, po 6—12 dniach ginęły zwykle i zawsze przekonać się mogłem mikroskopem o początkach glomerulo-nephritis. Psy zaś, szczególnie jeden (11060 grm. ważący) znosił przeszło cały miesiąc podskórne wstrzykiwania po 0·03 grm. mlekanu żelaza z winianem sodowym (roztwór podług Meyera) [1]): nerki zaś badane później, nie wykazały żadnych zmian przytem parę razy wystąpiła biegunka i w moczu można było wykazać siarczkiem amonu ślady żelaza. Ten więc objaw musi także zależeć od ilości wprowadzonego roztworu pod skórę i od gatunku, wielkości i t. d. zwierzęcia. Użyta zaś przez Koberta [2]) nazwa *Eisenniere*, względnie *Metallniere*, jest niepotrzebna, gdyż zapalenie napotykane podczas używania żelaza, manganu i t. p. metalów, niczem nie różni się od innych ostrych lub przewlekłych zapaleń nerek. O sprzeczności czwartego wyniku z poprzednio wymienionym w pracy Dra J. W., już wyżej wspomniałem. Tutaj więc dodam, że twierdzenie, jak: „Podawaniem wewnętrznem połączeń żelaza, nawet w wielkich dawkach (?), wykluczywszy połączenia żrąco działające, nie można wywołać żadnych objawów zatrucia“, nie zgadza się z rzeczywistością, co wynika z tego, co poprzednio powiedziałem o stanie królików, którym żelazo wewnętrznie podawano, i o wielkości dawki. Wszystkie zaś połączenia żelaza, o których tu mowa, podawane długo w średniej nawet dawce (0·5 grm. winianu albo mlekanu żelaza) sprawiają u psów i kotów bardzo poważne zaburzenia żołądkowo-jelitowe a u królików sprowadzają niechybną śmierć. Nakoniec szósty wynik o ropniach podskórnych i zgorzeli, dla wyżej wyłuszczonych przyczyn, uważam za niezgodny z prawdą.

Czy i jakie przetwory żelaza polecić można do użytku wewnętrznego i podskórnego, pozostawiam do późniejszego artykułu.

Jeżeli w tej pracy cokolwiek obszerniej omówiłem publikacyę Dra J. Wojtaszka, to dlatego, że autor tejże nie zwracając uwagi na moją krytykę [3]) i radę, by ją całą przerobił, ogłosił ją (usunąwszy tylko parę kardynalnych omyłek), przez co mógł w błąd wprowadzić niejednego czytelnika, niechcącego lub niemogącego więcej czasu poświęcić tej kwestyi.

Na zakończenie chciałbym zwrócić także uwagę na jedną niewłaściwość ze strony wszystkich farmakologów, mianowicie przenoszenia własności trujących, obserwowanych na jakiejkolwiek soli, n. p. żelaza, przy pomocy obrachunku na żelazo. Chemik, manipulujący z oddziaływaniami więcej sobie znanemi może obrachować, jaki skutek wywrze w wiadomej ilości azotanu ołowiu ołów, jeżeli go zmięsza się z pewną ilością n. p. siarkanu potasowego, lecz farmakolog, nie mając tych danych, musi chcąc pozostać przy tego rodzaju rachunku, podać przynajmniej z jakiego związku obrachował dawkę, dajmy na to, żelaza.

[1]) Zur Pharmakologie des Mangans und Eisens. R. Kobert Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie. Tom. 16. S. 361.
[2]) l. c. 375.
[3]) Gdyż podług farmakopei niemieckiej w wydaniu 3-ciem mlekan żelaza rozpuszcza się w 40 częściach wody w temperaturze zwykłej a w 12 w 100° C.
[4]) Archiv f. experim. Pathologie u. Pharmakologie. Tom 16, s. 358, 1883.

[1]) Archiv f. exper. Pathol. u. Pharmak. Tom. 13, s. 74. 1881.
[2]) l. c. s. 386.
[3]) Wypowiedzianą podczas VI. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Tutaj także muszę nadmienić, że referat z moich zarzutów czynionych odczytowi Dra J. W. niedokładnie, przeto mylnie, streścił ówczesny sekretarz w *Dzienniku VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie*, 1891 r. Nr. 5, s. 10.

Czy żelazo zyska sobie kiedy jakieś ważniejsze stanowisko w praktycznej toksykologii — wątpię, gdyż połączenia żelaza, tylko w szczególnych warunkach, mogłyby działać zabójczo na człowieka, jak n. p. wprowadzone wprost do obiegu i to w stosunkowo dosyć dużych dawkach. Gdyby te wszystkie warunki chciała uwzględniać praktyczna toksykologia, to z równem prawem powinna się zająć szkodliwością n. p. destylowanej wody, która, wprowadzona do krwi w dostatecznej ilości, może wywołać wcale poważne zaburzenia. W końcu postępując konsekwentnie musiałaby wyliczać i inne „przetwory“ żelaza, n. p. bagnet, który wprowadzony pod skórę do krwi, w pewnych warunkach działa zabójczo.

Marburg. — Grudzień 1892.

III. Oceny i sprawozdania.

Ginekologija.

Löhlein: O zapobieganiu gorączce połogowej.

Przepisy zapobiegające gorączce połogowej, ogłoszone w r. 1848 przez Semmelweissa, z roku na rok zmieniane i uzupełniane, szybko się rozpowszechniły a dzięki im zmniejszyła się znacznie liczba chorób gorączkowych i śmiertelność wskutek zakażenia połogowego. Jako dowód przytacza Löhlein statystykę śmiertelności, skrzętnie zebraną przez Dhorna z 47 zakładów położniczych niemieckich (od r. 1874—1883), która wykazuje, że śmiertelność wskutek zakażenia połogowego zeszła w tych latach do 1·37%. W ostatnim dziesiątku lat cyfra ta jeszcze się zmniejszyła a nawet w niektórych zakładach położniczych doszła do 0% i tak n. p. w zakładzie Maternitté St. Anna w Lille śmiertelność wskutek zakażenia połogowego w ciągu czterech lat (1889—1891), pomimo dosyć znacznej liczby operacyj położniczych, wynosi 0%.

W klinice położn. w Giessen, według tablicy Dhorna od 1874—1883 śmiertelność wynosiła 1·33%, gdy w ostatnich czterech latach (1888—1892) dochodzi na 931 porodów tylko do 0·53%; po odtrąceniu zaś trzech położnic zmarłych na choroby od połogu niezależne do 0·21%. U położnic zaś, które już od chwili rozpoczęcia się porodu przebywały w klinice, śmiertelność = 0. Co się tyczy gorączki występującej w połogu, to na podstawie statystyki z dwóch lat (1888—1890) podaje Löhlein, że na 514 położnic procent gorączkujących wynosił 10·1%, z tego u połowy gorączka ograniczała się tylko do jednego dnia. Również statystyka innych zakładów położ. wykazuje bardzo korzystny wpływ antyseptyki na zmniejszenie gorączki połogowej a Leopold podaje z kliniki drezdeńskiej, że w 1889 i 1890 na 1123 położnic 1104 (90·29%) przebyło połóg bez podwyższenia ciepłoty. Następnie opisuje Löhlein postępowanie przyjęte w klinice w Giessen w obec brzemiennych i rodzących. Każda ciężarna przyjęta do kliniki dostaje zaraz kąpiel oczyszczającą; z chwilą wystąpienia bolów porodowych następuje w kąpieli dokładne obmycie mydłem części rodnych zewn., przedsionka, całego podbrzusza i górnej części ud, potem desinfekcya powyżej wymienionych części, dwie do trzech minut trwająca, przez wycieranie gazą lub watą zamaczaną w rozczynie sublimatu 1 : 2000.

Desinfekcyę wewn. przeprowadza się tylko w następujących przypadkach: 1) gdy już w ciąży były upławy ropne albo gdy wykazano zakażenie tryprowe, 2) gdy badano wewnętrznie lub próbowano jakiego zabiegu rozwiązującego przed przyjęciem do kliniki, 3) gdy rodząca gorączkuje, w rozkładzie wód płodowych i nagromadzeniu się gazów w macicy podczas porodu, 4) wszędzie tam, gdzie za pomocą ręki lub instrumentów mogły się dostać istoty chorobotwórcze z pochwy lub kanału szyjki do jamy macicy.

W desinfekcyi wewn. nie ogranicza się tylko do wystrzykiwań, ale całą pochwę wymywa i wyciera pęczkiem waty zamoczonym w rozczynie sublimatu (1:2000).

Do desinfekcyi podmiotowej używa się w klinice zawsze sublimatu. Podczas podpierania międzykrocza kładą na niem kawałek waty napojonej rozczynem sublimatu (1 : 2000).

Co się tyczy miejscowego leczenia położnic gorączkujących, to, jeżeli gorączka nie przekracza 38·5° i jest tylko przemijającą, postępowanie jest takie same, jak u położnic zdrowych, t. j. obmywanie zewn. części płciowych po każdem oddaniu stolca i zakładanie gazy często odmienianej przed szparę sromową, służącej do chwytania spływających odchodów. Jeżeli gorączka w pierwszych dniach połogu podniesie się ponad 38·5 a tętno przyspiesza się odpowiednio, przestrzykuje się po poprzedniem przestrzykaniu pochwy, raz lub kilka razy jamę macicy 3% rozczynem kwasu karbolowego i w tych przypadkach okłady wysychające, zwykle u położnic używane, zamienia się na okłady lodowe. Każda gorączkująca ponad 38° dostaje osobną posługaczkę lub uczennicę, jak również osobne przyrządy (jak kanka do przestrzykiwań, basen, termometr etc.). W praktyce prywatnej, twierdzi Löhlein, antyseptyka nie przyniosła takiej korzyści, jakąby przynieść powinna, co głównie należy przypisać winie akuszerek; od podniesienia wykształcenia i znajomości przepisów zapobiegawczych u nich będzie więc zależeć poprawa stosunków higienicznych. Ku temu celowi wskazuje odpowiednie środki i drogi a mianowicie: 1) zaprowadzenie zmian w ogólnem jakoteż i zawodowem wykształceniu akuszerek, a przez to podniesienie ich na wyższy stopień socyalny 2) liczne przepisy specyalne, które państwo wydać winno co do aseptycznego wyczekiwania porodów i zapobiegania rozwlekaniu chorób połogowych. Osiągnąć to pragnie przez przyjmowanie uczennic do szkół położnych z szerszym zakresem wiadomości przedwstępnych niż dotychczas, przez przedłużenie i dokładniejsze zgłębienie nauki położniczej i przez zaprowadzenie taksy porodowej. Dalej przez podanie akuszerkom sposobności utrzymania i rozszerzania wiadomości nabytych w szkole, aby je przez to uchronić od obniżenia poziomu naukowego tak pospolitego w ich zawodzie. Do osiągnięcia tego mają służyć stowarzyszenia pisma wydawane dla akuszerek, jak również wykłady lekarzy praktycznych.

Państwo powinno zaprowadzić coroczne egzamina dodatkowe przez lekarzy rządowych a szczególnie kursa powtarzające w rządowych zakładach położniczych, co już zrobiono z wielką korzyścią w Wielkiem Księstwie Hesskiem, gdzie co pięć lat odbywają się takie kursa trwające od 8—16 dni. Szczegółowe przepisy zapobiegawcze powinny głównie zdążać do jak największego ograniczenia badania wewnętrznego rodzących, a każda akuszerka powinna w książce z historyami chorób zapisywać, ile razy badano wewnętrznie w danym przypadku i uzasadnić to w razie zapytania się przez lekarza. Jako najodpowiedniejszy środek antyseptyczny do użytku akuszerek uważa kwas karbolowy. Przepis Credé'go i Leopolda zalecający, aby akuszerka przed każdem badaniem rodzącej myła sobie ręce w ciepłej wodzie mydłem i szczotką przez 5 minut a następnie przez 3 minuty w ciepłym rozczynie 5% kwasu karbolowego, zmienia w ten sposób, że poleca w miejsce 5% rozczynu kw. karbolowego rozczyn 3%, po kilkakrotnym bowiem użyciu 5% rozczynu kwasu karbolowego łuszczy się mocno przyskórek i tworzą się rozpadliny w skórze rąk. Desinfekcya rodzących przez akuszerki ma się ograniczać do dokładnego obmycia mydłem i ciepłą wodą zewn. części płciowych i ich okolicy i następnie do wytarcia ich 3% rozczynem kwasu karbolowego, jak również do utrzymania w czystości wszelkiej bielizny.

W razie jakichkolwiek zaburzeń tak podczas porodu, jak i połogu powinna akuszerka natychmiast wezwać lekarza. (*Gynaekologische Tagesfragen* III. H. 1893).

Dr. Świtalski.

F. Ahlfeld: O osutkach w połogu, szczególniej o tak zwanej osutce płonicowej.

W ciągu pięciu kwartałów w latach 1891 i 92 miał Ahlfeld sposobność obserwowania u położnic czternastu przypadków osutek, które żywo przypominały zmianami na skórze i całym przebiegiem odrę lub płonicę. Nie była to w ścisłem tego słowa znaczeniu endemia, w którejby można było wykazać źródło i drogę postępu. Przypadki pojawiały się w znacznych odstępach czasu i wszystko jakoby przemawiało za tem, że osutkowe te cierpienia były tylko pewną formą zakażenia połogowego. Osutka płonicowa była znacznie częstszą od odrowej. Zwykle nie poprzedzał choroby okres zwiastunowy i tylko bezpośrednio przed podniesieniem się ciepłoty i pojawieniem się wysypki, żaliły się chore na ból głowy, brak apetytu i ogólne osłabienie. W przeważnej ilości przypadków, podobnych do odry, nie brakowało też i innych prócz osutki cechujących tę chorobę objawów, jak kataru nosa i spojówek. W przypadkach z wysypką płonicową spostrzegano wyraźne zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej połyku, objaw ten jednak znikał zwykle już w 3cim dniu choroby. W kilku przypadkach widziano też po zniknięciu osutki wyraźne łuszczenie się skóry.

Choroba rozpoczynała się najczęściej w tym okresie połogu, w którym też najczęściej występują zakażenia połogowe, tj. między 2gim a 8ym dniem; w kilku przypadkach spostrzeżono też obok osutki wyraźne objawy zakażenia połogowego, ale i w tych przypadkach, w których zmian w częściach rodnych nie znaleziono, nie można, zdaniem autora, wykluczyć gorączki połogowej, która przecież dość często przebiega bez wyraźnego umiejscowienia się. Wszystkie przypadki zakończyły się szczęśliwie. Ahlfeld jest stanowczo tego zdania, że przypadki przez niego obserwowane nie były prawdziwą płonicą ani odrą, chociaż nieraz choroby te przypominały do złudzenia, a wypowiada zdanie to tem śmielej, ile że popiera je poważny klinik prof. Mannkopff. Rumień z lekarstw (*erythema medicamentosum*) można w tych przypadkach również wykluczyć.

Wszystko przemawia natomiast za tem, że miało się do czynienia z gorączką połogową, choć niewątpliwie o niezwykłej formie. Dlaczego najczęściej w zakażeniach połogowych brak jest osutki? Autor sądzi, że w formie osutkowej płonicowej i odrowej działa specyalny jad i specyalne mikroby. Po dokładnem odrażeniu bielizny i sprzętów nie widział też Ahlfeld od kwietnia do września 1892 żadnego więcej przypadku osutki w połogu. (*Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynaekologie* XXV. 1. 1892).

M. Tixeron: O śluzotoku macicznym i jego leczeniu nadmanganezanem potasowym (z pracowni klinicznej w szpitalu Neckera).

W krótkiej pracy zestawia autor dość pobieżnie cztery historye chorób. We wszystkich czterech przypadkach rozpoznanie wiewiórowego (tryprowego) nieżytu błony śluzowej macicy nie ulegało wątpliwości i stwierdziło się badaniem bakteryologicznem, w dwóch jednak zakażenie wiewiórowe posunęło się dalej, gdyż są zmiany w częściach dodatkowych macicy, w obu przypadkach w tył pochylonej i wskutek przebytej *perimetritis* nieporuszalnej. Leczenie polegało we wszystkich przypadkach na przestrzykiwaniu macicy rozczynem nadmanganezanu potasowego w stósunku 1:2000, 1:1000 lub 1:500. Przestrzykiwania te (prawdopodobnie za pomocą kateteru Bozemanna-Fritscha lub Piskaczka, *dop. ref.*) robiono codziennie a ilość płynu wynosiła 500 grm. lub litr. Skutek leczenia był we wszystkich przypadkach widoczny; już bowiem po kilku dniach wydzielina ropna zamieniała się na śluzową, opalizującą a w końcu śluzową czystą a ilość gonokoków w wydzielinie zmniejszała się lub mikroby znikały zupełnie. W pierwszym przypadku niepowikłanym ze zmianami w częściach dodatkowych, wystarczyło sześciodniowe leczenie do doszczętnego usunięcia objawów nieżytu i mikrobów w wydzielinie, poczem przez 8 dni przestrzykiwano tylko pochwę sublimatem 1:5000. Pacyentka, obserwowana dokładnie przez dwa miesiące, wyleczyła się doszczętnie.

Równie korzystny przebieg leczenia widział autor w trzecim przypadku, gdzie zakażenie wiewiórowe, podobnie jak w pierwszym, nie doszło jeszcze do trąbek i gdzie po leczeniu przez siedm dni gonokoki zupełnie i, jak dwumiesięczna obserwacya wykazała, bezpowrotnie znikły z wydzieliny.

Z rezultatem nie tak wybitnym próbował autor przestrzykiwać w dwóch innych przypadkach, w których jednak wiewiór macicy wikłał się z wiewiórem części dodatkowych i zmianami zapalnemi w *perimetrium*. W obu tych przypadkach zdołano wprawdzie usunąć gonokoki z wydzieliny ale stan, jaki był przed leczeniem, powrócił po pierwszej regularności.

Autor przyznaje, że na podstawie tylko czterech przypadków nie można wydawać sądu o sposobie leczenia, zadaje sobie jednak pytanie, dlaczego w dwóch przypadkach skutek był stały, w dwóch drugich tylko przemijający. — Przyczyny tego dopatruje się autor w tem, że w obu przypadkach nie wyleczonych całkowicie były zmiany w trąbkach i że prawdopodobnie wyleczona błona śluzowa macicy zakaziła się w obu przypadkach powtórnie wydzieliną trąbkową. Jad wiewiórowy, który doszedł do trąbek przez *blenorrhoea ascendens*, zakaził więc macicę na drodze *blenorrhoea descendens*. (*Annales de maladies des organes génito-urinaires*, I, 1893). *Dr. Rosner.*

Fizyologija.

J. Steinhaus: Morfologia wydzielania się mleka.

Autor dokonał swych badań w pracowni prof. Łukjanowa (w Warszawie) na świnkach morskich; badał on sutki świnek, które jeszcze nie rodziły, świnek ciężarnych, karmiących oraz takich, które karmić już przestały. Zmiany morfologiczne w gruczole mlecznym są podczas pierwszej połowy ciąży bardzo nieznaczne; w okresie tym ilość figur karyokinetycznych komórek gruczołowych zwiększa się cokolwiek, same zaś pęcherzyki powiększają i rozrastają się tak, że pasma tkanki łącznej w gruczole zwężają się bardzo. W tkance łącznej, niekiedy w komórkach gruczołowych lub w świetle gruczołu, napotyka się liczne leukocyty, czasami również i komórki tuczne. Znaczniejsze zmiany w komórkach gruczołowych następują dopiero wówczas, gdy gruczoł staje się czynnym: przednia część komórek (zwrócona do światła gruczołu) zwiększa się, figury karyokinetyczne występują w znacznej liczbie; oś podziału jest tu równoległa z osią podłużną komórki tak, że po podziale siostrzane jądra leżą jedno nad drugiem. W tym samym okresie w jądrach komórek gruczołowych występują wakuole, które, jak się autor przekonał na zasadzie preparatów z płynów Altmanna i Flemminga, nie są niczem innem, jak kroplami tłuszczu.

W zarodziu (protoplasma) bezczynnego gruczołu mlecznego ziarenka fuksynowe są ułożone pierścieniowato naokoło jądra; w gruczole wydzielającym mleko zauważył autor, że ilość ziarenek tych zwiększa się a kształt ich podlega wielu przeobrażeniom: elipsoidalne ziarenka wydłużają się i przyjmują kształt laseczek, które zakrzywiają się przecinkowato lub zakręcają grajcarkowato. Gdy proces ten dojdzie do szczytu, przednia wybujała część komórki wraz z ziarenkami, kroplami tłuszczowemi oraz stłuszczałemi jądrami, oddziela się od podstawy i wpada do światła gruczołu. W jądrach, zawierających kroplę tłuszczową, znajdywał autor zazwyczaj jedno tylko jąderko, w jądrach zaś tłuszczu nie zawierających kilka jąderek; z tego wnosi autor, że śródjądrowy tłuszcz powstaje na koszt tych ostatnich; pod względem chemicznym różni się tłuszcz wytworzony w jądrach od tłuszczu w zarodziu komórki powstałego, gdyż oba ciała te zachowują się różnie przy odbarwianiu ksylolem. Tłuszcz zaś śródkomórkowy powstaje prawdopodobnie wskutek stłuszczenia ziarenek fuksynowych zarodzia.

W ten sposób wytworzona wydzielina, dostawszy się do światła gruczołu, podlega dalszym przeobrażeniom rozpado-

wym; pozostałe zaś komórki gruczołowe rozmnażają się drogą karyokinezy potem występują w nich wyż opisane zmiany. Sprawa ta trwa przez cały okres wydzielniczy a nawet jeszcze przez pewien czas po karmieniu piersią; w ostatnich czasach pęcherzyki gruczołowe jednak niezupełnie powracają do spoczynku: wiele komórek obumiera, rozpada się a masa rozpadowa zostaje wessaną; w ten sposób wydzielanie się mleka ustaje a gruczoł mlekowy zmniejsza się. (*Kronika Lekarska* Nr. 12, 1892). *Dr. Klecki.*

Choroby wewnętrzne.

L. Wohlberg: **Kilka uwag o *erythema nodosum* u dzieci.**

Istota i podstawa tej choroby zupełnie prawie są jeszcze ciemne; nie brak wprawdzie rozlicznych przypuszczeń mających tłomaczyć pochodzenie choroby, żadne z nich jednak nie wyświeca jej etyologii. A należą tu spostrzeżenia Moncorva, na podstawie których przypuszcza ten autor za podstawę choroby tło zimnicze. W. Koch przyjmuje pewien rodzaj rozkładu krwi, jak to się dzieje w gnilcu, krwawicy i t. d. Najwięcej przemawia do przekonania zdanie Heubnera, Bohna i Struempla, który chorobę tę nie za skórną, lecz za zakaźną uważają a przypuszczenie to zyskało pewną podstawę z chwilą, gdy w r. 1890 wykrył Demme w guziczkach, cechujących tę chorobę, krótkie, pałeczkowate laseczniki, a Haushalter, Simon i Legrain wyhodowali kolonie białych i żółtych mikrokoków. Dostatecznie za to są znane objawy rumienia guzkowatego. Wystąpienie choroby poprzedza rodzaj okresu zwiastunów: dzieci tracą humor, łaknienie znika, pojawiają się: ból głowy, dreszcze i gorączka dochodząca do 39° C., niekiedy występują objawy chorobowe ze strony narządu trawienia i dróg oddechowych. Wkrótce dołączają się do tego obrazu bóle stawowe, obrzmienie twarzy i stawów a wreszcie występują, głównie na kończynach, guzki różnej wielkości, bolesne za uciskiem, barwy czerwonej, która zmienia się następnie na fiołkową a przechodząc podobnie jak siniak całą skalę barw zmienia się taki guzek w płaską plamę i znika wreszcie zupełnie. Z chwilą pojawienia się guzków spada do prawidła ciepłota ciała i ustępują początkowe objawy.

Leczenie jest wogóle zbyteczne; gdyby chodziło o podanie jakiego środka, to za najodpowiedniejszy uważa autor salicylan sodowy lub chininę w przypadkach powikłanych z zimnicą, zewnętrznie zaś maść kojącą ból. Dwa przez autora spostrzegane przypadki w niczem nie zbaczają od podawanych w tej chorobie objawów. Pierwszy z nich odnosi się do dziecka $2\frac{1}{2}$ letniego. Według opowiadania matki wystąpienie guziczków poprzedzały objawy ogólne, jak ból głowy, gorączka, dreszcze, brak łaknienia. Wielkość guziczków dochodziła do wielkości kopiejki a przeszedłszy wzmiankowaną przemianę barw znikły guzki po upływie 10 dni. — Przypadek drugi ciekawy o tyle, że guziczki występowały nie tylko na kończynach, ale także na błonie śluzowej nozdrzy, warg i policzków a cała sprawa trwała około 7 tygodni a więc znacznie dłużej, niż to się dziać zwykło. (*Gazeta Lek.* Nr. 32, 1892). *Dr. L. Korczyński.*

Notatki terapeutyczne.

13) Przeciw spierzchnieniu skóry na rękach zalecają:

Rp. *Mentholi* 0·75
Saloli 1·50
Olei olivarum 1·50
Lanolini 45·00
M. f. unguentum.
S. Wcierać po 2 do 3 razy dziennie.

14) Przeciw rupiom (glistnica robaczkowa, *oxyuris vermicularis*) radzi Minerbi lawatywy z naftaliną według następującego przepisu:

Dla dzieci: Rp. *Naphthalini* 1·00—1·50
Olei olivarum 40·00—60·00
MDS. Na jednę lawatywę.

Dla dorosłych: Rp. *Naphthalini* 5·00—6·00
Olei olivarum 60 00 do 80 00
MDS. Na jednę lawatywę.

15) Przeciw łupieżowi na głowy skuteczne jest nacieranie skóry płynem:

Rp. *Boracis venetae* 5·00
Aquae coloniensis
(*eau de Cologne*) 10·00
Aquae destillatae 250·00
MDS. Zewnętrznie.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 18. stycznia 1893 r.

Przewodniczący kol. Ponikło. — Obecnych członków 31.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia przeczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący przemówił jak następuje: Znów rok Towarzystwa upłynął, rok 26. od założenia Towarzystwa a pierwszy drugiego dwudziestopięciolecia. Zanim udzielę głosu kol. Sekretarzowi stałemu, pozwolę sobie wypowiedzieć słów kilka o czynnościach Tow. w roku ubiegłym. Ruch naukowy w Towarzystwie można nazwać zadawalniającym; wcale pokaźny szereg odczytów i demonstracyj wypełnił posiedzenia Towarzystwa i gromadził dość liczne grono członków. Nie mogę zaprzeczyć, że instancye moje u Szanownych Kolegów, aby przygotowali prace naukowe na posiedzenia Towarzystwa, zwykle nie były bezowocowne, w czem zasługa mych poprzedników a zwłaszcza bezpośredniego poprzednika kol. Gluzińskiego; jednak życzyć sobie trzeba w tej mierze większej ochoczości, zwłaszcza żywszy współudział młodszych i najmłodszych kolegów oddałby Towarzystwu ważne usługi. Nowemu prezesowi życzę, aby niepotrzebując stósować zachęty miał nad miarę propozycyj odczytów i demonstracyj. Na tem miejscu nie mogę nie wspomnieć o jednym z kolegów, który, od szeregu lat dbały o ruch naukowy w Towarzystwie, także w roku ubiegłym wieloma odczytami i demonstracyami wzbogacił materyał naukowy Towarzystwa; odczyty jego zawsze wywoływały żywą i nader pouczającą dyskusyę. Koledze temu — a jest nim kol. Obaliński — pozwalam sobie wyrazić tutaj uznanie i podziękowanie. — W roku ubiegłym kilka ważnych spraw zajmowało Szanownych kolegów na posiedzeniach nadzwyczajnych, jak sprawa przyzwolenia na niektóre zmiany w statucie Tow. lek. galicyjskich, sprawa wypracowania projektu organizacyi Izb lekarskich w zachodniej części kraju, którą zgodnie z powagą Towarzystwa wyczerpująco i szczegółowo obrobioną przedstawiono władzy właściwej, rzecz o środkach z przyczyny grożącej epidemii cholery przedsięwziąć się mających, nakoniec ustanowienie komisyi wodociągowej, która prace swe już rozpoczęła, atoli dotąd wniosków wypracować nie mogła. Dziękuję wszystkim kolegom, między tymi najbliższym sobie w urzędowaniu członkom komitetu za łaskawe popieranie moich usiłowań i proszę o udzielenie jak najwydatniejszego poparcia memu następcy.

3) Kol. Przewodniczący wspomniał następnie z ubolewaniem, że z powodu szczególnej niefortunnego zbiegu okoliczności delegat Towarzystwa nie udał się do Lwowa w d. 29. grudnia 1892 r. celem reprezentowania Towarzystwa na uroczystości dwudziestej piątej rocznicy założenia Towarzystwa lek. galic., skutkiem czego musiał się ograniczyć do wysłania telegramu z życzeniami z powodu uroczystości. Na wniosek kol. Gluzińskiego, poparty przez kilku innych kolegów, jednomyślnie uchwalono: *Towarzystwo lekarskie krakowskie wyraża żal głęboki, że z powodu szczególniejszego zbiegu rzeczy nie było reprezentowane na uroczystości dwudziestej piątej rocznicy istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich przez swego delegata i poleca Komitetowi, aby za pośrednictwem delegatów do Towarzystwa lek. galicyjskich wyjaśnił rzecz, gdzie należy.*

4) Sekretarz stały kol. Kwaśnicki odczytał sprawozdanie doroczne z prac Towarzystwa, które i w tym roku swemu ce-

łowi w godny sposób zadość uczyniło tak pod względem naukowym jak i obywatelskim.

5) Podskarbi Tow. kol. Zarewicz odczytał sprawozdanie kasowe.

6) Kol. Cybulski zdał sprawę z administracyi *Przeglądu Lekarskiego.*

7) Kol. Łazarski zdał sprawę z czynności swych w komisyi sanitarnej.

8) Kol. bibliotekarz Murdzieński odczytał sprawozdanie za rok ubiegły z biblioteki Tow., jakoteż wydawnictwa Kalendarza lekarskiego krakowskiego.

9) Kol. Mars zdał sprawę jako przewodniczący komitetu budowy domu Towarzystwa.

10) Po odczytaniu sprawozdania z czynności komisyi przemysłowej lekarskiej w ciągu roku ubiegłego przez kol. Śliwińskiego, kol. Korczyński jako przewodniczący przedstawił działanie jej od roku 1886 aż do obecnej chwili, na który to przeciąg czasu wybrano też komisyę.

Na wniosek kol. Trzebickiego Towarzystwo uznając doniosłość działania komisyi przemysłowej lekarskiej, uchwaliło jednomyślnie potrzebę istnienia jej na dalsze trzy lata. Następnie wybrano jednomyślnie dotychczasowych członków komisyi na dalsze trzy lata; w miejsce zaś kolegi Cybulskiego, który dla braku czasu wyboru nie przyjął, wybrano również jednomyślnie kol. Surzyckiego.

11) Kol. Domański zdał sprawę z czynności komisyi słownikowej.

12) Kol. Trzebicky zdał sprawę z czynności komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa i Hirscha. Następnie uchwalono jednomyślnie dla tej komisyi na pokrycie kosztów zapomogę w kwocie 100 złr.

13) Na wniosek kol. Obalińskiego wyraziło Tow. ustępującemu Prezesowi kol. Ponikle przez aklamacyę uznanie za skuteczne i energiczne kierowanie sprawami Tow. w roku ubiegłym.

14) Kol. Ponikło w krótkiem przemówieniu oddał urzędowanie w ręce nowo wybranego prezesa kol. Łazarskiego.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Stanisław Karpiński.*

V. Z zakładu medycyny sądowéj Uniw. Jagiell.

O samobójstwie w ogóle a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w latach od 1881—1892.

Według wykładu w Tow. lek. krak. w d. 7. grudnia 1892 r.

Podał

Dr. Leon Wachholz,
asystent zakł. med. sąd. Uniw. Jag. i lekarz sądowy.

(Dok. Patrz Nr. 4).

Zwłoki 25 powieszonych tj. 23 mężczyzn a 2 kobiet poddano sekcyi policyjno-lekarskiej. W 23 przypadkach brózda na szyi była wybitna i nie okazywała tak powierzchownie jak i po nacięciu żadnych podbiegnięć krwawych. Stanowi to dowód, iż brózda, powstająca podczas powieszenia za życia człowieka, nie wyróżnia się żadnym życiowym odczynem od brózd powstających na szyjach zwłok wieszanych. Raz tylko okazywała brózda wisielcza otarcia przyskórka a za nacięciem jej głębszem podbiegnięcia krwawe i wynaczynionki w tkance około gardziela i około tchawicy. — We wszystkich 25 przypadkach brózda była typową brózdą wisielczą tj. okrążała szyję od przodu, biegnąc prostopadle do osi długiej ciała a gubiła się za uszyma, unosząc się końcami swymi nieco ku górze. W jednym tylko przypadku przebiegała brózda niezwykle nisko, gdyż na 2 palce poniżej krtani. Raz była brózda niewyraźnie zaznaczona, prawdopodobnie dla tej przyczyny, iż denat o mocnym i długim zaroście brody sznur założył na zarost pokrywający szyję. Raz nie znaleziono nawet śladu brózdy, gdyż szyja denata owinięta była kilkakroć chustką, ochraniającą skórę szyi od ucisku sznura. Samobójcy wieszali się bądź na sznurach średniej grubości, bądź też na sznurkach cienkich, skręconych w kilkoro i wywoskowanych, bądź też na skórzanych paskach i krajkach; 17 letni zaś uczeń szkół średnich powiesił się w r. 1891 na pończosze kobiecej u drabiny. Wieszali się celem samobójstwa głównie ludzie z klasy wyrobniczej, ubogiej. W rozpoznaniu przyczyny śmierci kierowano się podczas sekcyi objawami ogólnymi jak płynnością krwi, stanowiącą dowód śmierci nagłej, wynaczynionkami podopłucnowemi, przekrwieniem lub obrzękiem płuc, przekrwieniem innych wewnętrznych narządów; orzeczenie zaś opierano na pewnem prawdopodobieństwie śmierci z uduszenia gwałtownego po wykluczeniu wszelkich innych przyczyn śmierci dla braku odpowiednich im zmian anatomicznych.

Śmierć z powieszenia można bowiem jedynie wtedy stwierdzić z wszelką pewnością, jeżeli obok ogólnych zmian przemawiających za śmiercią z uduszenia, znajdzie się poprzeczne pęknięcie błony wewnętrznej tętnic szyjnych czyli tak zwany objaw Amussata. Objaw ten napotyka się jednak tylko w przypadkach wykonania wyroku śmierci przez powieszenie. To też nie znaleziono go nigdy u powieszonych samobójców; znaleziono go zaś natomiast u powieszonego na mocy wyroku mordercy Słowika w r. 1882.

Rozpoznanie samobójstwa z powieszenia się opierano na wiadomościach skąd inąd doszłych a głównie na znanem powszechnie doświadczeniu sądowo-lekarskiem, iż powieszenie nadzwyczaj rzadko i w wyjątkowych okolicznościach jest czynem zbrodniczym osoby drugiej, natomiast zwykle stanowi łatwy i dogodny sposób odebrania sobie samemu życia. Wypadków samozagardlenia tj. autostrangulacyi nie było.

Mniemania, zwłaszcza w Anglii się utrzymującego, że w miesiącach jesiennych, głównie w listopadzie (w Anglii miesiącem wisielców zwanym) najczęściej wydarzają się samobójstwa przez powieszenie się, nie popiera statystyka krakowska; owszem liczba powieszeń się w kwartale drugim i trzecim pozostaje w stosunku do liczby powieszeń w kwartale pierwszym i czwartym jak 13 do 12.

Śmiercią samobójczą na szynach kolejowych zginęło trzech mężczyzn w wieku średnim między 30. a 35. rokiem życia. Dwa przypadki poddane były sekcyi sądowo-lekarskiej. W obu przypadkach głowa była oddzielona od tułowia; w jednym czaszka była wielokrotnie strzaskana, w drugim z wyjątkiem żuchwy, dwukrotnie złamanej, kości czaszki były nieuszkodzone. W obu przypadkach dla braku jakichkolwiek innych uszkodzeń, w obec znacznej niedokrewności wykluczono z pewnem prawdopodobieństwem śmierć z ręki cudzej a przyjęto samobójstwo, które się stwierdziło w śledztwie sądowem. Śmierć z poderznięcia sobie gardła nastąpiła u 3 mężczyzn w wieku średnim, około 45 lat liczących. Śmierć w podobnych przypadkach następuje albo z utraty znacznej ilości krwi skutkiem przecięcia naczyń wielkich szyi albo z zatoru powietrznego, przez wniknięcie powietrza przez przecięte żyły do prawej komórki serca a stąd do tętnicy płucnej albo przez dostanie się krwi do przeciętej krtani i następowe uduszenie. W jednym przypadku cięcie przechodziło przez całą grubość części miękkich szyi a więc i przez naczynia główne; krtań jednak była utrzymana. Samobójstwo przez poderznięcie gardła bardzo trudno odróżnić od poderznięcia zadanego ręką cudzą. Jeżli, jak to było w jednym przypadku, znajdzie się jeszcze inne uszkodzenie zadane innem narzędziem, to ta rozmaitość sposobów, jakimi zadano kilka uszkodzeń, zawsze przemawia za działaniem ręki własnej; morderca w pośpiechu działa i nie ma tyle czasu i sposobności, by użyć kilku sposobów do zgładzenia swej ofiary. W jednym przypadku sekcyonowanym obok kilku cięć na szyi była rana postrzałowa w okolicy serca.

Śmiercią samobójczą przez zrzucenie się z wysokości zginęło 10 osób, z tych 6 mężczyzn i 4 kobiety. Wiek średni osób tych wynosił między 35 a 40 lat, najwięcej między 55 a 60 lat, najmniej między 20 a 25. W przypadkach tego rodzaju nie można z natury zranień odróżnić samobójstwa od przypadku lub wrogiego działania drugiej osoby. Z pewnem tylko podobieństwem do prawdy

można orzec o sposobie powstania tych uszkodzeń. W tych przypadkach, w których oględziny pośmiertne stwierdzają, obok zmian powstałych przez spadnięcie z wysokości, także i zmiany, powstałe w inny sposób np. z otrucia, można przypuścić samobójstwo. I tak jedna z kobiet, licząca lat 50, otruła się fosforem a następnie zrzuciła się z piętra, skutkiem czego złamała sobie kość udową i kości śródstopia. Zazwyczaj uszkodzenia po zrzuceniu się z wysokości przedstawiały się w postaci pęknięć, złamań pojedynczych i wielokrotnych sklepienia i podstawy czaszki, z obrażeniem istoty mózgowej, najczęściej w płatach czołowych przednich od dołu i płatach skroniowych jako na uraz czyto w działaniu jego prostem, czy też przez tak zwane contre coup najwięcej wystawionych.

Rozpoznanie samobójstwa w tych przypadkach opierało się na wywiadach.

Przez utopienie się odebrało sobie życie 6 osób, 4 mężczyzn i dwie kobiety w wieku średnim między 40 a 45 lat. Cztery przypadki utopienia się przypadają na miesiące letnie, dwa na zimowe. Jak zrzucenie się z wysokości było ulubionym sposobem odbierania sobie życia w klasie robotniczej, tak również było i z utopieniem się. Zwłoki tych samobójców, wyłowione zazwyczaj z wody dopiero po pewnym czasie, przedstawiały wstrętny widok znacznie posuniętej zgnilizny aż do form potwornego gigantyzmu Kaspra.

Rozpoznanie śmierci z utopienia opiera się na prawdopodobnem rozpoznaniu śmierci z uduszenia i na dowiedzeniu się, iż zwłoki wydobyto z wody. Wszelkie zmiany, opisywane przez Hofmanna, Paltaufa, Bougiera jako wyróżniające utopienie za życia od utonięcia zwłok, mają wartość raczej teoretyczną niż praktyczną, zwłaszcza, iż, jak sami ci autorowie podają, wartość zmian tych bywa tylko częściowa i to w zwłokach świeżych. Niestety zwłoki utopionych przedstawiają prawie zawsze obraz gigantyzmu ze zgnilizny.

Otruciem odebrało sobie życie 65 osób, mianowicie 21 mężczyzn, 37 kobiet; co do 7 przypadków z roku 1881 niema bliższych wskazówek. Mężczyzni najstarsi liczyli od 60 do 65 lat, najmłodsi od 15 do 20 lat, średni 30 do 35 lat; kobiety zaś najstarsze od 45 do 50 lat, najmłodsze od 15 do 20 lat, średnie 25 lat.

Fosforem, dzięki wielkiemu jego rozpowszechnieniu przez zapałki, otruła się znaczna liczba, bo 37 osób, 33 kobiet i 4 mężczyzn. Fosfor w ogóle, zdaje się, że jest ulubioną trucizną kobiet, pozbawiających się życia najczęściej z obawy przed ciążą. W kilku przypadkach stwierdzono przez sekcyą ciążę w pierwszych jej okresach; w kilku przypadkach była wprawdzie macica próżna, ale rozmiary i stan wnętrza jej pozwalały na przypuszczenie poronienia, które następuje bardzo często po otruciu fosforem.

Obrazy anatomiczne podczas sekcyi spotykane przedstawiały najczęściej tylko stłuszczenie wątroby i narządów innych wewnętrznych. Żółtaczkę napotykano bardzo często; natomiast wynaczynień krwi śródmięśniowych, podopłucnonowych, podotrzewnowych i t. d., wreszcie obrazu, jako charakterystycznego dla otrucia fosforem, opisanego przez Virchowa pod nazwą *gastritis glandularis hypertrophica*, nie znaleziono w 17 przypadkach do sekcyi przysłanych z szpitala św. Łazarza. Badanie treści żołądka w kilku przypadkach sposobem Mitscherlicha za pomocą destylacyi, mimo nieobecności ciał próby tej nie dopuszczających, jak wyskoku, eteru, olejku terpentynowego, nie dowodziło, by był fosfor. — Widać, że pomoc lekarska polegająca na opróżnieniu i przepłukaniu żołądka, zadaniu odtrutek i t. d. usuwa fosfor o tyle, iż tylko część jego pewna, już przed udzieleniem pomocy wessana, sprowadza zmiany nie tak wybitne i śmierć.

Sinku potasu, owego modnego i na zachodzie bardzo rozpowszechnionego środka zabójczego, w Krakowie w 12 latach użyto tylko wyjątkowo. Sinkiem potasu otruły się bowiem 4 osoby, a to trzej mężczyzni i jedna kobieta. Cztery te osoby należały do klasy wykształconej i już po części z zawodu swego mogły dostać łatwiej tej trucizny. Jedno było podwójne samobójstwo, spełnione za pomocą sinku potasu przez studenta medycyny i jego kochankę. Trzy razy wykonano sekcyą na otrutych sinkiem potasu, przyczem ani plamy pośmiertne nie były na czerwono zabarwione, ani też błona śluzowa żołądka nie okazywała zmydlenia, ani wejrzenia podobnego do strzyżonego aksamitu szkarłatnego. Zdaje się, że sinku potasu użyto w rozczynie kwaśnym. Natomiast tak podczas otwarcia jamy czaszkowej jak i żołądka dała się czuć wybitnie woń gorzkich migdałów. W treści żołądka w trzech tych przypadkach stwierdzono próbą Preyera obecność związków sinowych.

Olejkiem gorzkich migdałów otruł się jeden mężczyzna.

Kwasem siarkowym otruło się 3 mężczyzn, przyczem przewód pokarmowy, począwszy od jamy ustnej aż do odźwiernika żołądka, przedstawiał zwęglenie tkanki.

Kwasem karbolowym otruli się mężczyzna i kobieta. Zmiany pośmiertne w zwłokach kobiety całkiem nie były charakterystyczne a to z przyczyny, iż chora leczyła się w szpitalu. —

Otrucia arszenikiem zdarzyły się 2 razy: u mężczyzny i u kobiety. Zmiany przedstawiały obraz ostrego nieżytu żołądka i jelit z nadżerkami w błonie śluzowej żołądka. Cztery były otrucia alkaloidami: makowcem, względnie morfiną dwóch mężczyzn i jedna kobieta, strychninem jeden mężczyzna. W otruciach morfinem źrenice były zwężone, w wewnętrznych zaś narządach zwracał na siebie uwagę ostry obrzęk płuc i wypełnienie pęcherza znaczną ilością moczu. Samobójstw przez otrucie się istotami, nie dającemi się stwierdzić bez badania chemicznego, było 11 i to u mężczyzn. —

Wreszcie zaznaczyć wypada niezwykły przypadek samobójstwa u mężczyzny liczącego lat 26. Przy oględzinach pośmiertnych okazywały zwłoki następujące obrażenia: kilka cięć na szyi przebiegających prostopadle do osi długiej ciała, które przebijały już to całą grubość skóry a nawet i powierzchowną warstwę mięśniów, już też tylko warstwę powierzchowną skóry. Poniżej krtani była rana postrzałowa, zadana tchawicy, a druga rana postrzałowa znajdywała się w okolicy serca. Serce było przebite pociskiem rewolwerowym w lewej komórce. Przypadek ten określa z jednej strony dowodnie, jak często samobójca, godząc na własne życie, różnych używa sposobów (np. w powyżej opisanym nożem się poderznął a postrzelił rewolwerem) gdy sposób pierwszy już w chwili wykonania nie tak pewnym i wygodnym się okazuje, z drugiej zaś strony dowodzi, jak wielką musiała być energia tego samobójcy, iż po zadaniu sobie ran ciętych na szyi, mimo bolu, w krtań względnie w tchawicę a wreszcie w serce godził rewolwerem.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku złożenia podziękowania czcigodnemu prof. Halbanowi za łaskawe pozwolenie korzystania z protokółów zakładu, szanow. Drowi Buszkowi, fizykowi miasta, za udzielenie zapisków i uwag statystycznych, odnoszących się do samobójstwa.

Literatura: 1) Morselli: Der Selbstmord, Lipsk 1881. 2) Dr. Cullere: Die Grenzen des Irreseins. Hamburg 1890. 3) Dr. Magnan: L'obsession criminelle morbide. 1892. 4) C. Lombroso: Der Vebrecher, Hamburg 1887. 5) Dr. Krauss: Die Psychologie des Verbrechens. Tübingen 1884. 6) Hofmann: Handbuch der gericht. Medicin. Wien 1890—91. 7) Orfila: Lehrb. der gerichtl. Med. 1848. 8) Dr. Buszek: Sprawozdania fizyka miasta Krakowa, częścią drukiem ogłoszone (do 1886), częścią w rękopisie. 9) Protokoły sekcyi zakładu med. sąd. Uniw. Jag.

VI. Wiadomości bieżące.

— Czytamy w nrze 4. *Medycyny* z r. b.: „Towarzystwo lekarskie krakowskie w uznaniu zasług prof. Halbana, który bez przerwy w ciągu lat 16-tu redagował *Przegląd lekarski* i nie mało przyczynił się do rozwoju tego pisma, wystósowało doń odpowiedni adres. Do wyrazów uznania adresem objętych i my dołączamy nasze, mając to przekonanie, że nie tylko ta-

meczne Tow. lek. lub dzisiejszy komitet redakcyjny Przeglądu, lecz wszystkie pisma lekarskie polskie wraz ze swymi czytelnikami żywią dla Szanownego prof. Halbana prawdziwą wdzięczność za tyloletnią, mozolną a wielce pożyteczną dla naszego peryodycznego piśmiennictwa pracę. Nie ulega bowiem wątpliwości, że rozwój *Przeglądu* i przodownicze stanowisko, jakie zajął, zawdzięczając to swemu byłemu redaktorowi, oddziałały w sposób dodatni na wszystkie nasze pisma. Tym sposobem objaw uznania dla prof. Halbana traci w pewnej mierze charakter czysto lokalny, a nabiera ogólniejszego znaczenia.“

— W Szkocyi obchodził w dniu 8. stycznia b. r. rodak nasz Dr. Wielobycki setną rocznicę swych urodzin. Dr. W., który przed więcej niż 60 laty kraj nasz opuścił, otrzymał jeszcze w roku 1841 stopień doktora medycyny w Edymburgu i osiadł w Szkocyi jako lekarz praktyczny, pełniąc obowiązki ciężkie swego zawodu do 75. roku życia. Prócz słuchu dopisują mu wszystkie zmysły i siły fizyczne do tego stopnia, iż całkiem nie używa okularów a jeszcze przed dwoma laty robił pieszo wycieczki po 10 do 12 kilometrów. Dr. W. nie używał nigdy i nie używa ani napojów wyskokowych ani tytoniu. Nieznanemu koledze przesyłamy życzenia, żeby jak najwięcej jeszcze obchodził swych urodzin.

— Wbrew powszechnym przypuszczeniom, nieopartym jednak na doświadczeniu, mimo zimy niezwykle ostrej nie ustała cholera dotychczas nawet na północy w Europie. Jakoż donoszą o sporadycznych przypadkach w Moskwie, Petersburgu, Warszawie, w gubernii radomskiej, lubelskiej, Hamburgu, Altonie, Budapeszcie a świeżo wybuchnęła cholera i to wcale gwałtownie, w zakładzie obłąkanych w Niettleben pod Hallą nad Salą, gdzie z 780 osób zasłabło do 26. stycznia 109 osób, z których 38 uległo zarazie. To pojawienie się cholery tak nagłe i tak niespodziewane w środku Niemiec, o których urzędowe zdanie sprawy o epidemii cholery w roku 1892 zapowiada, że w nadchodzącej zimie wolne będą od zarazy skutkiem energicznych kroków zapobiegawczych, dało znów powód do sporów, która teorya jest lepszą i prawdziwszą, lokalistów, czy kontagionistów tudzież dociekanie, jakim sposobem mógł przyrzut pojawić się w zakładzie zupełnie odosobnionym i w prowincyi, w której od kilku miesięcy nie widziano ani jednego przypadku cholery. Pamiętać wszakże należy, że już dawniej cholera występywała nieraz w ogniskach całkiem odosobnionych, w krajach zupełnie wolnych od tej zarazy, jak n. p. w Prusiech nadreńskich w r. 1867, w mieście Essen w roku 1868 i t. d. a bardzo słusznie powiada Pettenhofer, że i najściślejsza kwarantana i najsurowsza kontrola nad ruchem osób i przewozem towarów i rzeczy nie mogą zapobiedz z bezwzględną pewnością, by mimo wszelkiej czujności przyrzut się gdzieś nie wymknął i nie dostał się tudzież nie rozwinął swego zabójczego działania tam, gdzie go się nikt nie spodziewał. Lokaliści i kontagioniści spierają się zresztą o kwestye naukowe tyczące się istoty i sposobu szerzenia się cholery, ale na to niewątpliwie zgadzają się jedni i drudzy, że cholerę raz w pewnem miejscu wybuchłą trzeba zwalczać energicznie wszelkiemi sposobami, co do których również mają jeżeli niezupełnie jednakie, to przynajmniej bardzo podobne zapatrywania się.

— W Nowym Jorku odsłonięty będzie wkrótce pomnik znanego w całym świecie ginekologa amerykańskiego, Maryana Simsa.

— Do przeciwników wiwisekcyj należy między innymi lekarzami znany ginekolog angielski Lawson Tait, który w zapale swym poszedł tak daleko, że w wykładzie publicznym mianym w Towarzystwie ku zniesieniu wiwisekcyj przepraszał społeczeństwo angielskie za swych kolegów, dopuszczających się barbarzyństwa średniowiecznego a dla nauki tak potrzebnego, jak owe dwa guziki u pół surduta z tyłu i zaprzeczył, jakoby położnictwo odniosło jakie korzyści z doświadczeń bakteryologicznych.

— **Nekrologia.** W Krakowie zmarł w dniu 27. Stycznia Dr. Tomasz Zaremba w 56. roku życia. Był to kolega cichy, skromny, pracowity, niewypowiedzianej łagodności w obejściu się z ludźmi i tak koleżeńskiego zawsze postępowania, że służył w tej mierze i służyć mógł słusznie wszystkim za wzór. Nadzwyczaj też liczne grono tak publiczności, w której umiał sobie wielką zjednać sympatyą, jak i kolegów, którzy bez różnicy cenili bardzo jego cnoty koleżeńskie, odprowadziło zwłoki jego na miejsce wiecznego spoczynku. — W Paryżu zmarł w dniu 23. Stycznia Dr. Ludwik Hardy, profesor Wydziału lekarskiego, były prezydent akademii lekarskiej w Paryżu, autor wielu cennych prac naukowych, przeważnie z zakresu nauki o chorobach skórnych i wynalazca przyjętego obecnie wszędzie sposobu leczenia świerzbu w bardzo krótkim czasie (w dwóch dniach), na co dawniej nieraz potrzeba było kilku tygodni.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 8-go lutego b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). — Porządek dzienny: 1) Sprawy bieżące; 2) Przyjęcie nowych członków; 3) Dyskusya nad odczytem kol. prof. Pieniążka.

We Środę dnia 8-go b. m. o godz. 5 ej po południu odbędzie się w *Coll. novum* w sali Śniadeckich **Zgromadzenie ogólne XVII. Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich**, na które Szanownych Członków i Prenumeratorów uprzejmie zapraszam. *Prof. Dr. Edward Korczyński.*

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **Z. D. w R.** Życzeniu Sz. Kolegi uczynimy niebawem zadosyć. Fizyologia prof. Cybulskiego (t. j. to, co dotychczas wyszło) kosztuje 1 ½ rubla i nie dostanie jej ani w Warszawie ani w Krakowie. Może jednak jest jeszcze w mniejszych miastach. W tym celu prosimy udać się do księgarni najbliższej w Kaliszu. Nad wydaniem drugiem, które nie wiele będzie się różnić od pierwszego, pracuje prof. Cybulski, ale nie może na pewne oznaczyć, kiedy ono wyjdzie; najpodobniej do prawdy jednak w lecie r. b.

Już po zamknięciu niniejszego numeru otrzymujemy nader smutną wiadomość, iż w dniu 1. b. m. zgasł we Lwowie po długiej i ciężkiej chorobie w 45. roku życia

Dr. Żegota Krówczyński,

Radca zdrowia, prymaryusz szpitala lwowskiego, radny miasta Lwowa i t. d. Dzielny lekarz, zasłużony obywatel, gorliwy pracownik na naszej niwie naukowej lekarskiej. Cześć Jego pamięci!

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 11. Lutego 1893. Nr. 6.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z pracowni chemiczno-patologicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

Przyczynek do patogenezy oparzenia.

Podał
Dr. Władysław Reiss,
elew kliniki dermatologicznej prof. Kaposiego.

Rozliczne teorye przyczyny śmierci wskutek spalenia lub oparzenia, z jakiemi spotykamy się w piśmiennictwie, dowodzą, że kwestya ta, obchodząc żywo zarówno chirurgów jak i dermatologów, budziła zawsze i budzi po dziś dzień w wysokim stopniu zajęcie świata lekarskiego.

Nie mam bynajmniej zamiaru zajmować się szczegółowo w tej pracy wszystkiemi teoryami i przypuszczeniami, które zyskały już sobie, że tak powiem, prawo obywatelstwa w literaturze, wymienię tylko po krótce najważniejsze, uwzględniając zarazem zapatrywania się autorów, którzy w najnowszych czasach tą sprawą się zajmowali.

Wymienię tu także teorye, z któremi liczyć się więcej nie potrzebujemy, bo nie wytrzymały one krytyki doświadczeń klinicznych jakoteż nowszych zasad patologii. A były to teorye o utrudnieniu przeziewu przez powłoki zewnętrzne, o przesyceniu krwi amoniakiem (*ammoniaemia*), o zagęszczaniu się krwi lub o nagłem ubezwładnieniu czynności serca i t. d. Nie utrzymała się również teorya Sonnenburga, podająca za przyczynę śmierci mocne ogrzanie krwi z następowem porażeniem serca, jakoteż z odruchowem obniżeniem napięcia naczyń obwodowych.

W ostatnich dwu latach pojawiły się prace Silbermanna (*Virchows Archiv.* Bd. 119, H. 3), Weltego (*Ziegler u. Nauwerks Beiträge* etc. Bd. 4) i Lustgartena (*Wien klin. Wochenschrift* 1891). Welti uważa za przyczynę śmierci zakrzep naczyń włosowatych w mózgu, jakoteż w żołądku i w nerkach. Już Klebs, jak wiadomo, tłómaczył w tym samym duchu zjawiska spostrzegane w oparzeniach a mianowicie wrzody spostrzegane nierzadko w przewodzie pokarmowym. Powstawanie takich zakrzepów w krwi tłómaczy Welti zlepianiem się mechanicznem ciałek czerwonych z płytkami, które po oparzeniach widzieć można w wielkiej bardzo ilości. Zapatrywania tego podzielać nie możemy, ponieważ Welti zmiany te obserwował dosyć późno po śmierci zwierząt używanych do doświadczeń, a zatem zjawisko to mogło być zarówno zwykłem tworzeniem się skrzepów pośmiertnych. Podług Silbermanna zakrzepy takie powstawać mają najliczniej w tętnicy płucnej za życia i wskutek tego stawiać opór wylewaniu się krwi z prawej komory serca.

Niektórzy autorowie a przedewszystkiem Tappeiner widzą przyczynę śmierci w zagęszczeniu się krwi kosztem surowicy, której wielką ilość traci organizm przy oparzeniu. — Teorya, przypisująca nagłe zmniejszenie się ciśnienia krwi utracie zbyt wielkiej ilości surowicy, nie mogła się utrzymać, gdy Golz i Tappeiner wykazali, że nawet po bardzo znacznych upustach krwi, ciśnienie w wielkich naczyniach rychło się wyrównywa, ponieważ ściany naczyń stosują się bardzo łatwo do ilości krwi w ustroju. Wspomnieć tu także należy, że Foà uważa za przyczynę śmierci po oparzeniach autointoksykacyę fermentem włóknikowym, który ma powstawać wskutek rozpadu ciałek krwi mocno ogrzanych i sprowadzać zakrzepy w sercu, wybroczyny w przewodzie pokarmowym, w nerkach i wątrobie.

Do dziś dnia utrzymała się teorya, posądzająca *shock* o przyczynę śmierci w tych przypadkach; teoryą tą tłómaczymy nagłe zejścia śmiertelne w krótkim bardzo czasie po oparzeniu, szczególnie u dzieci, gdyż objawów klinicznych nie możemy odnosić do działania istot trujących lub też innego czynnika chorobotwórczego.

Lustgarten wypowiada w odczycie mianym w zeszłym roku w Towarzystwie dermatologicznem nowojorskiem zupełnie odmienne od innych autorów zdanie. Uważa on całą sprawę chorobową za otrucie ptomainami tworzącymi się na tle nekrozy koagulacyjnej. Zauważył on, że w zwęgleniu

(*combustio escharotica*), jeżeli ono rzeczywiście nie zajmuje zbyt wielkiego obszaru, o wiele lepszem jest rokowanie co do życia, aniżeli w przypadkach, w których mamy do czynienia z nekrozą koagulacyjną lub z oparzeniem drugiego stopnia. Na tle takiej nekrozy rozwijają się w razie dostatecznej ilości wody bakterye gnilne, które bądźto już przed tem w porach skóry się znajdowały, bądźteż później tam się dostały. Bakterye te, których warunki biologiczne znajdują w tej masie martwinowej zupełne zadowolenie, sprowadzają tworzenie się toksynów, które Lustgarten zalicza do rzędu trymetylaminów. Zasady te są substancyami pochodnemi choliny a Brieger znajdował je wszędzie, gdzie gniją ciała organiczne. Działanie tych toksynów uważa Lustgarten za analogiczne z muskaryną; odnosi on tu mianowicie wymioty (działanie na nerw błędny, mianowicie na splot żołądkowy), przypady szału, jakie czasem napotykamy u takich chorych, zwężenie źrenic i t. p. Jeżeli nie znajdujemy u oparzonych innych objawów, któreby za otruciem muskaryną przemawiały (jak ślinotok, tężec jelitowy i t. d.), to tłómaczy to Lustgarten tem, że nie mamy tu do czynienia z czystą muskaryną, ale prawdopodobnie z całą grupą zasad podobnych i analogicznych.

Teoryę swoją popiera autor skutkiem leczniczym, jaki uzyskał u chorej, u której występywały już wymioty i którą z tego powodu uważał za straconą. Chorej tej wstrzykiwał autor podskórnie siarkan atropinowy, mianowicie 5 miligramów w przeciągu 2 dni. Chora wyzdrowiała. Pracę swoją kończy autor wskazówkami terapeutycznemi a mianowicie poleca opatrzenie suche i wodę pochłaniające, jak magnezyę, *gypsum bituminatum* z dodatkiem środków przeciwgnilnych, aby o ile możności masy martwinowe utrzymać zdala od wilgoci, a gdzie tylko niema przeciwwskazania, usuwać je drogą chirurgiczną. Kąpiele ciągłe (łoże wodne), w których od czasu Hebry chorzy tacy w klinice tutejszej przebywają ciągle, poleca tylko w przypadkach nie dających żadnej nadziei wyzdrowienia.

Wszystkie te teorye nie uwzględniają jednak zupełnie wpływów szkodliwych, jakich doświadcza każdy narażający się na działanie gazów wytwarzających się skutkiem spalenia ciał organicznych. Wiadomo, że wraz z innymi wytworami spalenia wydziela się spora ilość ciał przyswędkowych, których własności toksyczne ogólnie są znane. Warto zatem zastanowić się, czy znacznej części objawów spostrzeganych u ludzi oparzonych, nie należy odnieść do działania tych istot trujących, które skutkiem spalenia powłok zewnętrznych ulegają bezsprzecznie wessaniu w znacznej stosunkowo ilości.

Pogląd ten skłonił mię do pracy, której celem byłoby systematyczne badanie wydzielin takich chorych pod względem obecności wyżej wspomnianych połączeń. Najstosowniej byłoby szukać ciał tych we krwi ludzi oparzonych, jednak postępowanie to napotkało na niemałe trudności. Pomijając już bowiem względną rzadkość przypadków oparzeń rozległych, które nadawałyby się przedewszystkiem do podobnych badań, rozważyć trzeba, że upust krwi u takich chorych nie zawsze jest możliwym i w znacznem zniszczeniu powłok zewnętrznych nader trudny; z drugiej strony badanie krwi nawet zaraz po śmierci nie doprowadziłoby do pewnych rezultatów. Zważywszy jednak, że ustrój pozbywa się wessanych wytworów przez wydzieliny, postawiłem sobie za zadanie badać dokładnie mocz owych chorych, polegając w tej mierze na doświadczeniu klinicznem, wykazującem, że stan takich chorych polepsza się, gdy bezmocz (anuria), towarzysząca regularnie przypadkom ciężkim ustępuje, przyczem i obfite wydzielanie się moczu uwalnia ustrój od nagromadzonego w nim jadu. Bezmocz ten stawał tu rownież na przeszkodzie w uzyskaniu dostatecznej ilości materyału do badania, miałem jednak sposobność rozporządzać w roku ubiegłym i z początkiem bieżącego, w klinice prof. Kaposiego dostateczną liczbą takich przypadków.

Przypadki, których przebieg nie łączył z wstrzymaniem wydzielania się moczu większego stopnia, lub gdzie wchodziła w rachubę posocznica (*septicaemia*), wyłączyłem w zupełności, jako takie, które nie przedstawiały czystego wzoru klinicznego oparzeń drugiego lub trzeciego stopnia.

Aby doświadczyć własności trujących moczu ludzi cierpiących na rany oparzelinowe, wstrzykiwałem większe lub mniejsze dawki moczu zwierzętom. Używałem do tych doświadczeń myszy białych i świnek morskich. Centymetr sześcienny moczu fizyologicznego wstrzyknięty podskórnie nie wywoływał u myszy żadnych objawów chorobowych, owszem przeciwnie myszy zachowywały się zupełnie prawidłowo we wszystkich swych czynnościach fizyologicznych. Dopiero po powtórzeniu dawki dawało się spostrzegać pewnego rodzaju znużenie, które po upływie kwadransa ustępowało. Ta sama dawka moczu, pochodzącego z chorego na rany oparzelinowe, wywoływała u myszy po kilku minutach wielką śpiączkę, która przechodziła po krótkim czasie w coma; a po kilku godzinach następowała śmierć, niekiedy pośród skurczów drgawkowych mięśniów tułowia i kończyn. Te doświadczenia powtarzałem niejednokrotnie, zawsze z tym samym skutkiem; niekiedy tylko śmierć następowała dopiero na drugi dzień po wstrzyknięciu. W niektórych przypadkach wystarczało już 5 podziałek strzykawki Pravaza do tego samego skutku, co tem bardziej zasługuje na uwagę, że nie może tu wchodzić w rachubę powiększenie się znaczne ciśnienia w naczyniach przez wprowadzenie do ustroju znacznych ilości płynu. Nie ulega więc wątpliwości, że mocz chorych na rany oparzelinowe znacznego stopnia okazuje własności trujące. Aby w przybliżeniu przekonać się, czy można te własności przypisać wytworom przyswędkowym w moczu, postanowiłem naprzód zrobić kilka doświadczeń z substancyami powstałemi ze spalenia z jednej strony istot organicznych, azot zawierających, z drugiej zaś ciał bezazotnych i przekonać się, w jakim stopniu i o ile wytwory te działają trująco na ustrój zwierzęcy. Jako wzoru ciał bezazotnych, użyłem do doświadczeń celulozy. 15 gramów celulozy ogrzewałem w naczyniu zamkniętem i wytwory ztąd powstałe przeprowadzałem przez 0·6% roztwór soli kuchennej z dodatkiem węglanu sodowego. Wstrzykiwanie podskórne tego roztworu w ilości od 3 do 5 podziałek strzykawki Pravaza nie wywoływało prawie żadnego skutku; dopiero po całej strzykawce popadały myszy w pewien stan senności i odrętwienia, z którego jednak budziły się bardzo rychło.

Z ciał azotnych użyłem do doświadczeń serumalbuminu (firmy H. Trommsdorff w Erfurcie). Ogrzewałem 5 gramów tego przetworu, przyczem postępowałem również w podobny sposób jak poprzednio. Doświadczenia na zwierzętach tym roztworem doprowadziły atoli do zupełnie odmiennych rezultatów; myszy zachowywały się zupełnie podobnie, jak po wstrzyknieniu moczu, popadały już po dawce 3 do 5 podziałek strzykawki w śpiączkę, później w odrętwiałość a śmierć następowała niekiedy już po kilku minutach. — Gdy doświadczenia te,

wielokrotnie także na świnkach morskich powtarzane, zawsze doprowadzały do tych samych rezultatów, zwróciłem się do jakościowego i ilościowego badania moczów, używanych do doświadczeń.

Przytoczę tu w krótkości opis kilku przypadków, które posłużyły mi do tych doświadczeń:

1) Matylda Wollinger, służąca, 16 lat licząca, poniosła ciężkie oparzenia wskutek zajęcia się jej ubrania płomieniem nieostrożnie przewróconej lampy. Chorą przyjęto do kliniki 16. kwietnia 1892. Chora wzrostu średniego, dobrze odżywiona, nie okazuje w narządach wewnętrznych żadnych zmian. Na kończynach górnych i częściowo na twarzy rany oparzelinowe. Przyskórek tworzy pęcherze surowicą wypełnione, na wielu miejscach przyskórka brak zupełnie. Ciepłota 39°, tętno 120. Przebieg choroby powolny, wydzielanie się moczu zatrzymane w miernym stopniu, przypadków żołądkowych niema. Wyzdrowienie po 5 tygodniach.

2) Franciszek Pillmayer, lat 4 liczący, oparzył się na całem ciele wskutek oblania się gorącym rosołem. Przyjęty do kliniki 8. maja 1892 r. Rany oparzelinowe całego ciała, z wyjątkiem kończyn dolnych. Przebieg przez pierwszy tydzień prawidłowy, w drugim tygodniu występują wymioty, bezmocz, przypady omdlenia i po kilku dniach śmierć.

3) Maciej Flaschka, lat 29, robotnik w fabryce gazu, spadł z dosyć znacznej wysokości do gorącego popiołu i odniósł rozległe oparzenie kończyn górnych i dolnych. Przyjęty 16. czerwca 1892 r. okazuje rozliczne rany oparzelinowe wszystkich kończyn. Chory często wymiotuje i uskarża się na bóle w kończynach. Śpiączka, w którą chory popadł w kilka godzin po przyjęciu go do kliniki, nie odstępuje go aż do śmierci wśród skurczów mięśniowych 3-go dnia. Bezmocz był w tym przypadku tak znaczny, iż zaledwie cewnikiem wydobyć zdołałem bardzo mało moczu.

4) Anna Groiss, 32 lat, praczka, poniosła znaczne oparzenie przez rozbicie palącej się lampy. Przyjęta została 4. sierpnia 1892. Upadek sił znaczny, śpiączka i wymioty. Rany oparzelinowe po całem ciele, na wielu miejscach ogniska nekrotyczne. Śmierć nazajutrz.

5) Józef Frank, lat 21, wyrobnik, wpadł do rowu wypełnionego niegaszonem wapnem. Przyjęty dnia 1. sierpnia 1892. Rozległe oparzenia drugiego i trzeciego stopnia. Śmierć wśród śpiączki i drgawek trzeciego dnia po przyjęciu.

Nie chcę przytaczać tu kolejno wszystkich przypadków oparzeń, jakie obserwowałem podczas całego swego pobytu w klinice tutejszej; ograniczyłem się tylko do powyższych, jako stosunkowo najcięższych, które przedewszystkiem nadawały się do badań tego rodzaju. (Dok. nast.)

II. O obecnem stanowisku cholery azyatyckiej w nauce ze względu na jej etyologią i szerzenie się.

ODCZYT

Dra A. Krokiewicza

na posiedzeniu jubileuszowem ku uczczeniu 25-letniego istnienia Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

(Dok. Patrz Nr. 5.)

Typowe przykłady popierające zapatrywanie się kontagionistów przedstawia nam tegoroczna epidemia w Galicyi i w Krakowskiem a mianowicie w Wołowcu (w pow. gorlickmi) w powiecie wielickim, w Krakowie, w powiecie husiatyńskim, borszczowskim i t. d.

Do Wołowca zawleczoną została cholera z Hamburga przez 35-letnią kobietą Ksenię Hatalewiczową, która w powrocie z Ameryki przybyła w dniu 3-im października do Hamburga i tamże przez 5 dni pozostawała w obserwacyi w domu ubogich. Skoro lekarz przekonał się po 5 dniach o doskonałym stanie jej zdrowia, opuściła Hamburg 8-go października i pojechała do Wołowca, nie zatrzymując się nigdzie, przez Kraków, Tarnów i Gorlice. Dnia 11. października przybyła do Wołowca. Następnego dnia zachorowała wśród objawów cholerycznych. Matka jej, Anna Kołotyłowa, która koło chorej chodziła i pielęgnowała ją, zachorowała 3-go dnia na cholerę i zmarła dnia następnego. Równocześnie zachorowała siostra Hatalewiczowej, która matkę i siostrę pielęgnowała, mieszkająca w tym samym domu co Hatalewiczowa i brat jej, mieszkający oddzielnie z matką Kołotyłową. Wszyscy ci ludzie komunikowali się ściśle ze sobą przez cały ten czas i oddawali się ekscesom in Baccho, radując się z powrotu krewnej. Zaraza ograniczyła się jedynie tylko na dwie chaty, w oddaleniu od siebie pozostające a przez powyższe osoby zamieszkane, dzięki energicznym zarządzeniom władz sanitarno-policyjnych w myśl nauki kontagionistów. Reszta mieszkańców tej wsi, chociaż, jak wywiady okazały, oddawała się libacyom po śmierci Kołotyłowej, została wolną od cholery, pomimo iż przebywała w tych samych warunkach miejscowej i czasowej dyspozycyi, a to dlatego, że nie miała bliższej styczności z zapowietrzonymi, lecz nawet stroniła od nich z przestrachu. Dodać przytem należy, iż Wołowiec leży w górskiej okolicy, na ziemi okrzemkowej, nieprzepuszczalnej i cieszy się względnie bardzo korzystnymi stosunkami sanitarnymi.

Podobnie w Podgórzu i Krakowie. W Podgórzu pierwszy przypadek wydarzył się u Zadenckiej. Zkąd ta zachorowała na cholerę, z pewnością nie wiadomo. Dalsze jednakże przypadki cholery od niej dadzą się wywieść; ograniczają się bowiem do najbliższego sąsiedztwa i można pomiędzy nimi wykazać łączność. Podgórze leży niżej niż Wisła i z tego powodu nie ma kanalizacyi. W domach są doły kloaczne i, aby te się nie przepełniały, odprowadza się zazwyczaj wszelkie nieczystości jak pomyje, mydliny i t. d. rynnami spustowemi na podworzec. W zabudowaniach, w których wybuchła cholera, na podworcach nie należycie brukowanych, znajdowały się rynsztoki, prowadzące z jednej strony do studzien, z drugiej zaś do nadzwyczaj prymitywnie urządzonych wychodków i ścieków na pomyje. W rynsztokach tych długo zatrzymywała się woda i następnie wylewała się do rynsztoków ulicznych. Owóż przekonano się z całą pewnością, iż stolce Zadenckiej, wylewane przez taką rynnę, dostawały się przez nią do rynsztoku na podworzec. Na podworcu tym bawiły się dzieci i zaraz na drugi dzień zachorowało z nich jedno na cholerę. Trzeci przypadek tyczył się służącej, której pani sąsiadującą z nią Zadencką w czasie choroby odwiedzała. Czwarty przypadek i piąty wydarzył się znów w domu przyległym bezpośrednio do domu, w którym służąca zachorowała. Oba domy oddzielone były od siebie zaledwie parkanem murowanym, przyczem ściana wychodków, do których uczęszczała chora służąca, była nietynkowana i przez nią przeciekał kał na podworzec ostatniego zabudowania.

Tymczasem wymienioną służącą przenoszą z Podgórza do szpitala św. Łazarza w Krakowie, gdzie też wkrótce umiera. Spełniająca posługę koło niej dziewczyna szpitalna dostaje miernej biegunki cholerycznej a praczka, która prała jej bieliznę, ciężkiej cholery.

Zarówno przedostatni chory z Podgórza przenosi zarazę do Krakowa a to w ten sposób, iż uczęszczając w czasie choroby do szynku, zaraża tamże naprzód szynkarkę, od której dostają cholery trzy osoby.

Cholera przycicha w Podgórzu i Krakowie na niespełna tydzień, aby gwałtowniej wybuchnąć w ostatnim. Pojawienie się powtórne cholery w Krakowie, jak to ścisłe wywiady wykazały, znów należy zawdzięczyć tej okoliczności, że robotnik czyszczący w Podgórzu kanał w tym domu, w którym zmarła Zadencka, przeniósł przyrzut do swego mieszkania a ztąd dopiero rozszerzyła się potem epidemia na dom cały i dzielnicę i t. d. Z Podgórza rozszerzyła się epidemia i na sąsiednie gminy, zwłaszcza na miejscowość Piaski Wielkie, w których z powodu zatajenia pierwszych przypadków a tem samem i braku zarządzenia odpowiednich środków zapobiegawczych, epidemia wystąpiła dość mocno, skoro w przeciągu kilkunastu dni w miejscowości liczącej 1324 dusz zachorowało 29 osób. Dodać przytem należy, że prawie wszystkie domy zapowietrzone w Piaskach Wielkich znajdowały się w jednej grupie i komunikacya między ich mieszkańcami była żywa.

Że przez chorego na cholerę szerzy się epidemia i że taki chory wytwarza przyrzut zdolny zakazić każdego zdrowego człowieka, niezależnie od czasowych i miejscowych warunków ziemi, dowodzi tegoroczna epidemia w Szydłowcach, w powiecie husiatyńskim i t. d. Do Szydłowiec zawleczono cholerę azyatycką ze strony rosyjskiej i pomimo zimy ostrej, śniegów leżących na polach i zamarznięcia rzek w powiecie i w samej miejscowości, wystąpiła dość gwałtownie a ograniczyła się też przeważnie na domy w jednej grupie i wśród jednych i tych samych rodzin tak dalece, że nawet odosabnianie samych tylko chorych osób okazało się niemożebnem i musiano odosabniać w celu ograniczenia cholery całą zapowietrzoną grupę domów ze wszystkimi mieszkańcami.

Na większą skalę dostarczają nam przykładów Indye. Sprawozdania rządowe z r. 1864, 1867, 1868, 1870, 1872 i t. d. stwierdzają wymownie, iż w Indyach szerzenie się cholery pozostaje szczególnie w ścisłym związku z pielgrzymkami. Miejscowości, n. p. Hurdwar i Puri, odwiedzane bywają rok rocznie przez niezliczone tłumy pielgrzymów, których bywa niekiedy przeszło milion, schodzących się tam prawie z całych Indyj. Pielgrzymi pozostają tam przez kilka tygodni, muszą się mieścić gromadnie po ciasnych izdebkach i są skazani na bardzo nędzne życie. Również w tych miejscowościach znajdują się wszędzie tangi, w których tysiące ludzi się kąpie a potem wodę pije. Te okoliczności sprawiają, że skoro przypadkowo wybuchnie cholera pomiędzy pielgrzymami, ogarnia rychło całe tłumy i następnie bardzo łatwo rozchodzi się po całych Indyach.

Statystyka szczegółowa od r. 1869 do 1888, przytoczona przez Dra Towsenda, wykazuje, iż w środkowych prowincyach Indyj aż po r. 1875 cholera albo nie panowała wcale albo też w nieznacznym stopniu występowała; dopiero od r. 1875 zmieniły się stosunki a to jedynie dzięki zaprowadzeniu komunikacyi kolejowej między Kalkutą a Bombayem, i naówczas cholera pierwotnie zawsze się pojawiała wzdłuż szlaków komunikacyjnych. Również Dr. Towsend mógł przekonać się niejednokrotnie, że cholera najgroźniej grasowała w okręgach Shakpur i Shapura, o gruncie skalistym i nieużytecznym, gdzie więc tylko człowiek a nie ziemia mógł pośredniczyć w szerzeniu się przyrzutu cholerycznego i t. d. Za szerzeniem się cholery przez ludzi przemawiają i fakta rozliczne z tegorocznej epidemii a szczególnie szerzenie się cholery w Rosyi wzdłuż Wołgi, ale w kierunku przeciwnym jej biegowi.

Okoliczność, że lekarze i służba, zajęta przy cholerycznych, nie ulegają częściej zakażeniu, niż inne osoby nie mające nic do czynienia z chorymi, chcą lokaliści wyzyskać dla poparcia swej teoryi, że chorzy choleryczni nie wytwarzają przyrzutu zdolnego do zakażenia. Na dowód przytacza Pettenkofer cyfry statystyczne, gdzie n. p. według zestawienia Günthera podczas epidemii w Saksonii w r. 1873 na 50 lekarzy zajętych ani jeden nie umarł; podczas epidemii w Monachium w r. 1873/4 na 200 lekarzy zachorowało 5 a tylko 2 umarło; w r. 1866 podczas największej epidemii w Niemczech nikt nie umarł ze 150 lekarzy zatrudnionych leczeniem cholery. Kopp w sprawozdaniu jeneralnem o epidemii cholery w Monachium w r. 1836/7 na toż samo zwraca uwagę. Według statystyki Cuminghama podczas wielkich epidemij cholery w Indyach na 59 szpitali zaledwie w 8-u było po jednym chorym posługaczu a tylko w jednym szpitalu cholerycznym zachorowało aż 11 posługaczy.

Natomiast odmiennie rzecz się przedstawia na podstawie innych statystyk. Według Griesingera (*die Infectionskrankheiten)* chorowało na cholerę w Moskwie w roku 1830 30—40% personalu szpitalnego; w Berlinie w roku 1831 w szpitalu cholerycznym Romberga z personalu służbowego, liczącego 115 osób, zachorowało 54; a w r. 1837 z 70 posługaczy zachorowało na cholerę 14 a z tych naraz jednego dnia 7; w Paryżu w Charité w r. 1849 co szósty z posługaczów chorował; w szpitalu wiedeńskim z 36 posługaczek zmarło 7 w r. 1854 na cholerę i t. d. Dlaczego zaś w ogóle lekarzy i służby szpitalnej, mających do czynienia z cholerycznymi, zazwyczaj cholera oszczędza, tłómaczy Dr. Wolter w artykule, omawiającym zeszłoroczną epidemią cholery w Hamburgu (*Ein Rückblick auf die Choleraepidemie in Hamburg. Berl. klin. Wochschrift.* 46, r. 1892), który powiada: Służący pielęgnujący pouczeni o istocie cholery nie chorowali, ale ich rodziny niepouczone zapadały na cholerę; jeden służący z zakładu anatomii patologicznej stracił na cholerę całą rodzinę — i tylko sam ocalał.

Nie uważając świeżych odchodów cholerycznych za siedzibę jadu cholerycznego zdolnego do zakażenia, odrzuca Pettenkofer desinfekcyą wszelką odchodów ludzkich, jako nie mającą celu, a dla uzasadnienia swego twierdzenia i zaznaczenia, iż prątek przecinkowy Kocha, znajdujący się w dejektach chorych, nie jest wcale chorobotwórczym dla cholery, ucieka się sędziwy nestor do doświadczenia na samym sobie i wspólnie z prof. Emmerichem wypija kulturę bulionową prątka przecinkowego — niejako dejekcye choleryczne. Wynik doświadczenia tego, powszechnie przez dzienniki polityczne, pochwycony powszechnie jest też znany. Pettenkofer przez kilka dni miał doznawać lekkiej biegunki a Emmerich prawdziwej choleryny — i obaj w kale swym znajdowali prątki przecinkowe. Jeżeli atoli sędziwy nestor higieników sądził, iż tem doświadczeniem poparł swą teoryą, to się bardzo omylił. Owszem sam mimowolnie pobił się własną bronią a doświadczeniem na samym sobie poparł tylko kontagionistów.

Wiadomo bowiem, iż prątek przecinkowy Kocha nie w każdym przypadku musi wywołać cholerę, lecz że do

tego potrzebuje odpowiednich warunków w ustroju a mianowicie słabo alkalicznego oddziaływania soku żołądkowego. Oznaczyć zaś tej granicy alkaliczności dla soku żołądkowego, stósownej dla rozwoju prątka przecinkowego Kocha, dotychczas się nie udało a zdaniem mojem zadanie to trudne jest do rozwiązania. Że tak jest a nieinaczej, dowodzi doświadczenie z hodowaniem prątka cholerycznego Kocha po za ustrojem, na pożywkach sztucznych a mianowicie na galarecie. Ta sama hodowla stósownie do oddziaływania pożywki t. j. do stopnia jej alkaliczności odmienny okazuje rozwój ze względu na szybkość i postać drobnowidową; przyczem dodać należy, iż tę pożywkę sporządza się zawsze według jednakiego przepisu. W laboratoryum tutejszem c. k. krajowej Rady Zdrowia mogliśmy o tej okoliczności nieraz przekonać się w czasie tegorocznej epidemii. Zwrócił na tę okoliczność uwagę obecnie i Dr. Maks Dahmen (*Centralblatt f. Bacteriologie u. Parasitenkunde Bd. XII. No 18. Nährgelatine als Ursache negativen Befundes bei Untersuchung der Faeces auf Cholerabactcrien*), który wykazał, że alkalizując pożywkę galaretową według przepisu nie zawsze dochodzi się do jednakiego wyniku, lecz że to zależy jeszcze od innych pobocznych czynników n. p. czasu gotowania i t. d. Owóż Pettenkofer, alkalizując w ten sam sposób sok żołądkowy u siebie samego i u Emmericha, otrzymał różne rezultaty. Sam wyszedł, rzec można, zwycięsko, prawie bez szwanku, gdyż nie udało mu się odpowiednio zalkalizować soku żołądkowego; atoli jego towarzysz przebył typową cholerynę azyatycką, bo sok żołądkowy został już stosowniej zalkalizowany dla rozwoju prątków przecinkowych. Gdyby zaś Pettenkoferowi udało się w trzecim przypadku należycie przygotować oddziaływanie soku żołądkowego dla prątków przecinkowych cholerycznych, niezawodnie wywołałby u tej trzeciej osoby obraz ciężkiej cholery.

Że zaś Emmerich przebył typową cholerynę azyatycką, dowodzi tego przebieg kliniczny choroby i badanie bakteryologiczne kału.

Przypadek Emmericha znajduje potwierdzenie w czasie tegorocznej epidemii w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, o czem już poniekąd wspomniałem. Tyczy się to mianowicie posługaczki szpitalnej, która obsługiwała chorą służącą na cholerę, przywiezioną tamże z Podgórza. Posługaczka ta zaraziła się od tej chorej służącej z Podgórza a dostała choleryny tak słabej, iż nadal oddawała się swemu zajęciu; tymczasem praczka, piorąca jej rzeczy, uległa cholerze azyatyckiej ciężkiej tak pod względem klinicznym, jak i bakteryologicznym. Nie ulega też wątpliwości, iż i ta choleryna u Emmericha w razie zaniedbania odpowiednich środków ostrożności mogłaby była pociągnąć za sobą przypadki cholery azyatyckiej w Monachium podobnie, jak to wydarzyło się w Krakowie.

Według Kocha i kontagionistów prątek choleryczny zyskuje szczególnie korzystny grunt do swego rozwoju u osobników, u których czynność wydzielnicza soku żołądkowego w zależności czy to od wpływów nerwowych, czy też od zmian anatomo-patologicznych ulega niedomodze i zmienia się jakość i ilość soku żołądkowego. Epidemia zeszłoroczna cholery w Galicyi dosadnie to stwierdziła. U chorych na cholerę można było wszędzie wykazać nieprawidłowe funkcye żołądka czy to przez ciążę (Zadencka i t. d.), czy to skutkiem błędów dyetetycznych, zwłaszcza po nadużyciach in Baccho.

Że prątek przecinkowy Kocha jest swoisty (specyficzny) dla cholery azyatyckiej, wbrew ujemnemu skutkowi doświadczenia na zwierzętach, wykazuje stałe pojawianie się jego u chorych cholerycznych podczas każdej epidemii wyłącznie tylko cholery azyatyckiej. Podnosi to Koch, Babes, v. Ermengam, Nicati, Rietsch, Watson Cheyne (epidemia w Paryżu) Doyen, Hüppe, Guttmann, Neumann, Schottelius (epidemia w Turynie), de Simone (epidemia w Palermo 1885), Canestrini, Morpugo (epid. w Padwie) Tizzoni i Cattani (epidemia w Bolonii) Gruber, Weiser, Frank, Pfeiffer, Weichselbaum, Lustig (epid. w Tryeście), Zäslein (epid. w Genui 1886) Baistrochi (epid. w Parmie 1885) Roy, Brown Sherington (epidemia w Madrycie 1885) Shakespeare, Gaffky Banti (epid. w Florencyi) Guttmann, Bujwid i my. Wszyscy ci autorowie badali szczegółowo epidemie cholery i zawsze w dejektach tylko chorych cholerycznych znajdowali prątki przecinkowe. Według naszego doświadczenia na 40 przeszło przypadków podejrzanych o cholerę azyatycką tylko w 8 znaleźliśmy prątek przecinkowy Kocha a tam, gdzieśmy go znaleźli, cholera wystąpiła prawie wszędzie epidemicznie i jedynie dzięki energicznemu i rozumnemu działaniu władz sanitarno-policyjnych w myśl teoryi kontagionistów opanowano ją w zawiązku i nie dozwolono jej przybrać wielkich rozmiarów: w dwóch bowiem tylko miejscowościach tj. w Zachwiejowie (w pow. wielickim) i w Dąbrowicy (w pow. niskim) cholera wystąpiła sporadycznie u flisaków, którzy z Rosyi niedawno powrócili z okolic zapowietrzonych i na cholerę zmarli.

Patogeneza prątka przecinkowego Kocha dla cholery azyatyckiej tem bardziej dla nas musi być pewnikiem, żeśmy rozpoznali li tylko na podstawie jego obecności, wbrew odmiennemu wynikowi sekcyi i twierdzeniu anatomo-patologicznemu z całą pewnością cholerę azyatycką w Podgórzu, co też następne badania i przebieg epidemii pod każdym względem stwierdziły w zupełności. Nekroskopia bowiem zwłok Zadenckiej, w pierwszym przypadku cholery w Podgórzu, wykluczyła stanowczo możebność istnienia cholery azyatyckiej z powodu owrzodzeń dyfterytycznych jelita i początków zapalenia otrzewny, podczas gdy badanie bakteryologiczne treści jelita cienkiego z tejże zmarłej, dokonane w tutejszem laboratoryum c. k. Krajowej Rady Zdrowia, wykryło czyste hodowle prątka przecinkowego Kocha, na podstawie czego rozpoznano cholerę azyatycką.

Wreszcie już ta okoliczność, iż w Galicyi i wszędzie tam, gdzie od początku postępowano w myśl teoryi prątka przecinkowego Kocha, jak n. p. w Berlinie i t. d., gdzie więc zwracano ścisłą uwagę na odrażanie dejekcyj chorych cholerycznyh, ich odosobnianie, jak najścislejszą desinfekcyą rąk i t. d. epidemią tak świetnie stłumiono prawie w samym zarodzie, jest niepomiernym dowodem prawdziwości nauki kontagionistów.

Dla wyczerpnięcia, ile możności, naszego tematu, należy przytoczyć jeszcze zapatrywanie się Rosenbacha i Petera oparte na ostatniej epidemii. Rosenbach w artykule: „*Der Commabacillus, die medizinische Wissenschaft und der ärztliche Stand* (w *Münchener med. Wochsch. N. 42. 1892*) tak mniej więcej streszcza swoje zapatrywanie się: Prątki nie wywołują cholery; właściwą istotą cholery jest niedomoga czynności jelit, która sprzyja rozwojowi nietylko prątków cholerycznych, ale i innych pasożytów jelita. Ani teorya o prątku przecinkowym, ani teorya o wodzie gruntowej

nie tłómaczą dostatecznie epidemicznego pojawiania się cholery. Przyczyny cholery jak i innych chorób zakaźnych nie należy szukać w jakimś zarazku, lecz w pewnych czynnikach, które pobudzają bardzo przewód pokarmowy do czynności, tak dalece, że słabsze osobniki ulegają tym zwiększonym wymaganiom. W ogóle autor uważa za zbyteczne wszelkie środki ochronne przed zakażeniem.

Peter zaś w czasopiśmie: *Gesundheit* (*Zeitschrift für öffentliche und private Hygiene* N. 21 r. 1892) wypowiada: Cholera jest zatruciem organizmu przez ptomainy lub inne toksyny. Te ptomainy wytwarzają się w przewodzie pokarmowym i ze swej strony zatruwają ustrój i jego *bacterium coli*, które jako takie, lub uległszy przekształceniu, ale zatrute staje się zarazkiem, rozszerzającym jad cholery azyatyckiej.

Nad temi dwoma ostatniemi zapatrywaniami się uważam sobie za obowiązek przejść do porządku dziennego, jako nad przypuszczeniami nie mogącemi na razie wytrzymać krytyki naukowej.

Tak więc, rozpatrując dziś stanowisko cholery azyatyckiej w nauce ze względu na jej etyologią i szerzenie się, musimy najwięcej hołdować teoryi kontagionistów, która przyjmuje za swą podstawę obecność prątka przecinkowego Kocha, znajdującego się w dejektach chorych cholerycznych, zdolnego sprowadzić samoistnie zakażenie ustroju ludzkiego przez dostanie się w przyjaznych warunkach do przewodu pokarmowego czyto przez wodę, czy przez pokarmy, czy w ogóle przez wilgotne pośredniki; z prawdziwem zadowoleniem i dumą musimy powtórzyć prawie dosłownie to, co rodak nasz Dr. Wiewiórowski już przed 26 laty, gdy bakteryologia jeszcze była w pieluchach, wypowiedział na chwałę i na pożytek naszemu narodowi. Musimy wypowiedzieć: „*iż cholera rozszerza się z ognisk*“, „*iż środkom zapobiegawczym, którym za podstawę służy ta okoliczność, że w stolcach ryżowych chorych na cholerę azyatycką znajduje się prawdziwy jad choleryczny, zawdzięczać należy ograniczanie epidemii*“, „*iż ten jad prawdziwy choleryczny stanowią wibryony (prątki przecinkowe) okazujące tak żywe ruchy, że obraz drobnowidowy staje się podobnym do roju żywych komarów*“ i „*że zakażenie ustroju następuje przez połknięcie tychże wibryonów, które następnie działają na przewód pokarmowy i ustrój przez właściwy rozkład.*“

III. Oceny i sprawozdania.

W. H. Krajewski: **O chirurgicznem leczeniu pęknięcia macicy podczas porodu.** (Odczyty kliniczne s. IV Zeszyt 12).

Pracę kol. Krajewskiego skwapliwie wziąłem do ręki uznając w zupełności ważność sprawy we wstępnych słowach zaznaczoną.

Kol. K. opowiada dwa przypadki pęknięcia macicy podczas porodu i podaje sposób, w jaki je operował. W pierwszym znalazł pęknięcie przebijające do jamy otrzewnowej po stronie prawej i biegnące w kierunku podłużnym wzdłuż całej szyi macicy i górnej części pochwy; znaczny krwotok z części rodnych zewnętrznych. K. wykonał laparotomiją, zatamował krwotok pochodzący z brzegów pęknięcia, następnie wyciął macicę całą wraz z pękniętą częścią pochwy a trąbki i jajniki pozostawił. Chora wyzdrowiała. W drugim przypadku położenia poprzecznego, zaniedbanego, z wypadnięciem rączki, nóżki i pępowiny, rozpoznał pęknięcie macicy bez otwarcia jamy otrzewnowej, płód w rozkładzie, odmę macicy (*physometra*).

K. wykonał cięcie cesarskie, wydobył płód, zatamował miejscowo krwotok a następnie przekonawszy się, że w dole szyi macicy jest poprzeczne pęknięcie, odciął macicę w wysokości jego, jajowody zaś i jajniki pozostawił. Z powodu upadku sił chorej zaniechał zamiaru wycięcia reszty macicy, tylko wytworzony kikut wszył w dolny brzeg rany brzusznej. Chora trzeciego dnia umarła.

Omawiając szczegółowo oba przypadki żałuje, że był zmuszony usunąć rozkładający się płód drogą sztuczną przez powłoki brzuszne, jak niemniej, że nie mógł w drugim przypadku wyciąć całej macicy wraz z szyją, jak to był zamierzył, i przypisuje tym dwom okolicznościom niekorzystne zejście przypadku. Na podstawie wyż pomienionych przypadków i literatury tego przedmiotu przychodzi do następujących wniosków:

Wszystkie przypadki pęknięć macicy dzieli na niezakażone i na zakażone lub podejrzane.

W przypadkach niezakażonych, jeżeli pęknięcie nie przenika do jamy otrzewnowej i niema krwotoku, radzi drenować pęknięcia pochwy gazą jodoformową i uciskać brzuch; jeżeli jest krwotok, postępowanie jak wyżej, a gdy to nie prowadzi do celu, zrobić cięcie Bardenheuera, dojść pod otrzewną do miejsca krwawiącego, skrzepy usunąć, krwotok chirurgicznie zatamować, gazą jodoformową przedrenować jamę podotrzewnową i pochwę, worek Mikulicza do jamy otrzewnowej.

Dalej w przypadkach niezakażonych, gdy pęknięcie macicy przenika do jamy otrzewnowej, jeżeli niema krwotoku, radzi ściągnąć ostrym hakiem trzon macicy ku dołowi, ustawić go stósownie, wytamponować rozdarcie, macicę i pochwę gazą jodoformową, ucisk na brzuch; jeżeli zaś jest krwotok, zrobić laparotomią, zatamować krwotok miejscowo a, gdyby to się nieudawało, wyciąć macicę w celu opanowania krwotoku. Jeżeli krwotok bez wycięcia macicy daje się utamować, radzi zeszyć pęknięcie i opatrzeć stósownie. Gdyby brzegi pęknięcia były zbyt poszarpane lub niedawały się należycie zespoić, trzeba wyciąć macicę z całem pęknięciem a kikut umieścić poza otrzewną.

W przypadkach podejrzanych lub napewno zakażonych, gdy pęknięcie nie przenika do jamy otrzewnowej, niema krwotoku, usunąć całą macicę popod otrzewną przez pochwę; jeżeli zaś jest krwotok, wykonać cięcie Bardenheuera, zatamować krwotok i wyciąć popod otrzewną macicę tą drogą, a gdyby się nie dawało, przez pochwę.

W przypadkach wreszcze zakażonych lub podejrzanych, gdy pęknięcie przenika do jamy otrzewnowej bez względu, czy jest krwotok, czy nie, wykonać laparotomią, jamę brzuszną oczyścić i całą macicę wyciąć, otwór w otrzewny zaszyć, od pochwy wytamponować gazą jodoformową, do jamy otrzewnowej worek Mikulicza.

Praca kol. K., aczkolwiek jest cennym nabytkiem w naszem piśmiennictwie, stanowiąc głos wytrawnego i doświadczonego chirurga, to przecież odczuć w niej można, że autor nie jest z zawodu położnikiem, co też sam przyznaje i zastrzega się w tej mierze na str. 9tej i 13tej.

Przykre zaiste wrażenie robi opowiadanie historyi choroby przypadku 2go, którą, zda mi się, autor w błąd został wprowadzony. Opowiadanie to wykazuje szereg błędów położniczych. Lekarz czynny przy porodzie podaje, że wykonał acz z wielką trudnością obrót, podczas gdy z opisu podanego poniżej przez kol. K. wypada, iż na drugi dzień wieczorem znalazł położenie płodu poprzeczne z wypadnięciem rączki, nóżki i pępowiny. O dokonaniu obrotu w położeniu poprzecznem mówimy wówczas, gdy położenie poprzeczne zamieniono na podłużne, gdy sprowadzona nóżka znachodzi się po kolanko na zewnątrz przed częściami rodnemi, a temsamem, gdy pośladki są ustalone we wchodzie miednicy. W obec miednicy prawidłowej, zupełnego prawie rozwarcia ujścia macicy, ekstrakcya płodu donoszonego, prawidłowego, nie napotyka nigdy na trudności.

Lekarz czynny przy porodzie sprowadził tylko nóżkę do pochwy, obrotu nie dokonał i robił daremnne wysilenia pociąganiami za nóżkę. Skoro się obrót na nóżkę jedną nie

udawał, należało sprowadzić drugą nóżkę, tem bardziej, że było położenie płodu Isze z wypadnięciem rączki lewej, czyli brzuszkowe. Gdyby i to nie prowadziło do celu, należało wykonać podwójny zabieg Smelliego. Skoroby i to (co wątpię) nie prowadziło do celu, należało po przekonaniu się, że pępowina nie tętni, przystąpić do wypaproszenia płodu i ukończenia porodu.

Jakiego postępu porodowego oczekiwał kolega, nie rozumiem; dlaczego trzymano rodzącą w tym stanie 24 godzin i dopiero na drugi dzień wieczorem przeniesiono do oddziału chirurgicznego? Trzeba było już zaraz to uczynić, jeżeli kol. nie mógł sobie dać rady!

Wypaproszenie płodu niebyło, zdaje mi się, przeciwskazane i później, gdyż zabieg ten ostrożnie wykonany jest dla rodzącej zabiegiem łagodnym, po którym uzyskałoby się tyle miejsca, iż można było potem poród ukończyć, czy to przez naśladowanie dobrowolnego wytoczenia, czyto przez oddzielenie główki od tułowia i t. d. Zabiegi te nie byłyby dla matki tak szkodliwe, jak wyczekiwanie i przenoszenie do innego zakładu w tym stanie osoby nie rozwiązanej i wykonywanie cięcia cesarskiego w obec płodu gnijącego.

Słusznie kol. K. mówi, że, gdyby macica była wypróżniona, łatwiejby było operować i mógłby był operować tak w drugim, jak w pierwszym przypadku. Na stronie 12tej między wywodami stara się nawet autor podać sposób, jak by jeszcze w takich razach można postępować, aby przecież urodzić płód drogami naturalnemi i radzi to czynić po laparotomii.

Co do przebiegu operacyi w tym przypadku, nadmienić tylko muszę, iż odejmowanie rączki i nóżki było zbyteczne, gdyż uznaje się w położnictwie, że części drobne wypadłe nie przeszkadzają w żadnym zabiegu. Równie też sądzę, że, jeżeli po dokonaniu cięcia cesarskiego podczas wydobywaniu płodu pękła szyja po stronie prawej, to nie mogło to się stać z przyczyny wklinowania płodu w ujściu, tylko albo to pęknięcie już było a spostrzeżono je dopiero podczas wydobywania płodu, albo wyciągano płód w kierunku niewłaściwym.

Myśl kol. K. drążenia popod otrzewną do pęknięcia niezupełnego sposobem Bardenheuera jest bardzo piękna; czy jednak tamowanie krwotoku w głębi tą drogą, jak to na str. 13 proponuje autor, byłoby zawsze łatwem i możebnem, doświadczenie musi rozstrzygnąć. Na tejże stronie oświadcza autor, iż, gdyby część macicy poniżej pęknięcia, zaciskająca wypadłe do pochwy części płodu, była wązka, niewahałby się przeciąć jej aż do sklepienia; nadmienić tutaj muszę, iż mamy sposoby rozszerzenia ujścia mało rozwartego i szyi macicy i możemy go dokonać od pochwy, jużto sposobem tępym zapomocą balonu Brauna, już też przez nacięcie brzegów nożem.

Co do podziału na str. 17tej, sądzę, iż w dobrze urządzonym zakładzie, jak niemniej i w praktyce prywatnej pod okiem położnika, macica pęknąć nie powinna i musimy przyjąć za zasadę: że pęknięcie macicy jest skutkiem błędu lub zaniedbania położniczego. W obec tego ze względu na zakażenie możemy mówić w ogóle tylko o przypadkach badanych i niebadanych. Niebadane możemy zaliczyć do pierwszej, badane zaś do drugiej kategoryi.

Podnieść należy, co autor zaznacza, że on pierwszy wyciął całkowicie macicę wraz z częścią pochwy z powodu pęknięcia macicy i pochwy w pierwszym opisanym przypadku i uzyskał skutek pomyślny. Na postępowanie to kładzie autor szczególny nacisk rokując po tym zabiegu pomyślne wyniki. Również z naciskiem zaznacza, iż w obu przypadkach z umysłu pozostawił jajniki i jajowody. Że wyłuszczenie macicy popod otrzewną da się zrobić w przypadkach porodowych łatwiej, niż kiedyindziej, jestem przekonany; sądzę jednak, że zabieg ten wykonywany czy to przez pochwę, czy też, jeżeliby się dało, drogą sposobu Bardenheuera, wymaga dość dużo czasu, co w tych przypadkach nie może być obojętnem.

Wywody kol. K., skrzętne zużytkowanie literatury, krytyczne i oryginalne poglądy, których wartość wykaże doświadczenie i statystyka, zajmują znaczną część pracy. Na razie odsyłamy czytelnika do oryginału tem chętniej, że pracę, o której mowa, każdy ginekolog przeczytać musi z wielkiem zajęciem, że jej należy się bardzo poczestne miejsce w piśmiennictwie naszem. *Prof. Mars.*

Ginekologija.

J. Makawajew: **Kąpiele mineralne podczas prawidłowej i patologicznej menstruacyi.**

W odległości 350 km. na południe i wschód od Petersburga leży miasto i zarazem miejsce kąpielowe Staraja Russa. Zdroje te mineralne należą do grupy solanek jodo-bromowych i według rozbioru prof. Sokołowa zawierają 13‰ soli kuchennej a 0·03‰ chlorku bromu. Wód używają do kąpieli mineralnych, oprócz nich ordynuje się w temże zdrojowisku kąpiele błotne i kąpiele z dodatkiem przetworów igliwiowych. Od wielu lat praktykuje tam Makawajew, jako lekarz zdrojowy. Na podstawie licznych spostrzeżeń przyszedł on do przekonania, że zasada, przestrzegana przez balneologów i lekarzy chorób kobiecych, jakoby kąpiele w czasie miesiączki były przeciwwskazane, jest zupełnie niesłuszna. Kąpiele mineralne mają, jak sądzono, podnosić parcie krwi, sprowadzać przekrwienie macicy a więc usposabiać do krwotoku podczas miesiączki.

Na podstawie wywodów teoretycznych, opartych głównie na kilku pracach autorów rosyjskich, przychodzi Makawajew do przekonania, że kąpiele mineralne o ciepłocie obojętnej (28° R.) nie mogą wywoływać przekrwienia w organach wewnętrznych a więc usposabiać do krwotoków macicznych; owszem należy się spodziewać zmniejszenia nadmiernego krwawienia. Autor zauważył nadto, że kąpiele mineralne i błotne wywołują skurcze mięśniów gładkich w organach wewnętrznych (jelita, pęcherz moczowy, macica); mogą przeto wzniecić poronienie, ale wskutek skurczu podczas obfitej miesiączki muszą się przyczyniać do zmniejszenia krwawienia. Wierząc w prawdę tych wywodów teoretycznych, postanowił Makawajew w r. 1888 wprowadzić je w praktykę; dla pewności jednak rozpoczął robić doświadczenia na pacyentkach, których regularność pod żadnym względem nie zbaczała od prawidła. Gdy wbrew ogólnemu zapatrywaniu się balneologów, używanie kąpieli podczas miesiączki nie wpłynęło bynajmniej niekorzystnie na jej przebieg, rozpoczął autor ordynować kąpiele także u osób z cierpieniami kobiecemi i obfitą regularnością. I tu wyniki były nadspodziewanie dobre.

W sposób wyczerpujący zestawia autor statystykę swoich spostrzeżeń (149 pacyentek) i dochodzi w końcu do następujących wyników: Kąpiele w Staraja Russa, stosowane podczas miesiączki, nie wpływają na nią niekorzystnie, owszem mają wpływ dodatni. Leczenie kąpielowe podczas regularności nie jest przeciwskazane, owszem wskazane; podczas miesiączki prawidłowej można leczenie przerwać lub nie, jest to obojętne, w przypadkach jednak zaburzeń w miesiączkowaniu nie należy podczas miesiączki przerywać leczenia kąpielowego. Ma to doniosłe praktyczne znaczenie dla pacyentek, u których miesiączka zwykła się przeciągać i które wskutek tego nie mogłyby korzystać z pobytu w miejscu kąpielowem.

Przy sposobności rzuca autor jeszcze jedną myśl. Skoro kąpiele słone o ciepłocie 28° R. wywołują skurcze macicy, czy nie dałyby się one zastosować w przypadkach niedokładnego zwinięcia się macicy po porodzie (*subinvolutio uteri*)? I w uporczywych krwawieniach (*meno- et metrorrhagiae*) mogłyby działać korzystnie. Naturalnie w obu tych przypadkach nie potrzeba pacyentki wysełać do miejsca kąpielowego, kąpiel słona sztuczna wystarczyłaby zupełnie. (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynaek.* XXV, I. 1892).

Dr. Rosner.

(Ciekawe te spostrzeżenia popierają zapatrywania niektórych lekarzy kąpielowych francuskich i zasługują na dalsze badanie, szczególniej w naszych solankach jodo-bromo-

wych. Zdanie przeciwnych autorów, będących w większości, zasługuje jednak na uwzględnienie i dlatego należy być ostrożnym i rozpoczynać podawanie kąpieli w późniejszych okresach miesiączki. *Przyp. red.*)

Patologija.

Prof. Fleiner: O leczeniu zaparcia żywota i niektórych zboczeń okrężnicy lawatywami z oliwy.

Prof. F. rozróżnia zaparcie żywota dwojakie: w skutek albo osłabienia jelit (*constipatio atonica*), albo ich skurczu (*constipatio spastica*) i stosownie do tego dwojakich używa środków. Zachęcony doświadczeniami prof. Kussmaula, który od kilku lat używał oliwy z dobrym skutkiem w zaparciach stolca, zaczął tym sposobem i swoich chorych leczyć a skutki, jakie otrzymał, były bardzo korzystne. Lawatywy te o objętości 400—500 cm. sz. (dzieciom 50—150 cm. sz.) oliwy lub oleju przedniego, ogrzanego do ciepłoty 37° C., stosuje się chorym w położeniu na wznak podczas podniesienia nieco miednicy za pomocą irygatora, pod ciśnieniem jednak nieznacznem tak, żeby oliwa do jelita dostawała się powoli, na co potrzeba około 10—15 minut czasu. Lawatywy takie daje się co kilka dni, w miarę potrzeby, a po każdej powinien się pokazać stolec nieco płynny, z wejrzenia podobny do kału z jelit cienkich pochodzącego a zawiewierający nieraz sporo jeszcze żółci. Stolec zwykle następuje dopiero w kilka lub kilkanaście godzin i najczęściej na powierzchni jest papkowaty wskutek rozmiękczenia przez oliwę. Jeżeli w ciągu 3—4 godzin stolca niema a objawia się niepokój w jelitach, to należy dać zwykłą lawatywę z ciepłej wody. Część oliwy zostaje nieraz w jelitach i odchodzi dopiero przy 2. i 3. stolcu. Jeżeli okrężnica jest bardzo przepełniona kałem, to należy nieraz takie lawatywy powtarzać co dzień, dopóki stolce nie nastąpią papkowate, zabarwione żółcią, co jest zwykle znakiem, że cel już osiągnięto. W chorobach okrężnicy zstępującej, zagięcia esowatego i prostnicy, lawatywy takie najlepiej stosować w ilości 100—150 cm. sz., u dzieci zaś wystarcza 30—40 cm. sz.

Działanie oliwy objaśnia prof. F. przez rozmiękczenie kału i przez drażnienie chemiczne błony śluzowej a przez to wywoływanie energiczniejszego i łatwiejszego ruchu robaczkowego w jelitach. Wskazanie do używania takich lawatyw podaje nietylko w nawykowych zaparciach stolca, ale także w zapaleniach kątnicy (*typhlitis*), okrężnicy (*colitis*), prostnicy (*proctitis*), w owrzodzeniach wskutek czerwonki lub gruźlicy, we wszystkich zaparciach z przyczyn mechanicznych, n. p. nowotworów, ucisku przez ciężarną macicę, powiększenia jajnika, zrostów i t. p., dalej w tych przypadkach, gdzie z przyczyny cierpienia żołądkowego środków przeczyszczających wewnętrznie podawać nie można, wreszcie u osób niedokrewnych i wynędzniałych, u których trzeba sprawić bardzo nieznaczne tylko wypróżnienie.

Co do sposobu stosowania lawatyw, to po pierwszych lawatywach w ilości 300—500 cm. sz., można następne dawać mniejsze w ilości 200—300 cm sz. i co raz rzadziej tak, że w końcu wypadnie po 1—2 lawatyw na tydzień. Co do czasu, kiedy je najlepiej stosować, radzi prof. F. dawać je wieczorem a u chorych, którzy muszą leżeć w łóżku, stosować je rano. Po takiej lawatywie powinien chory leżeć $\frac{1}{2}$ godziny spokojnie z podwyższoną nieco miednicą a potem dopiero można wstać i chodzić. W przypadkach owrzodzeń w okrężnicy lub prostnicy można używać środków desynfekcyjnych n. p. kwasu salicylowego 1% lub 2% lub resorcyny.

Lawatywy z oliwy zaleca też gorąco prof. F. w zapaleniu okrężnicy tak zwanem śluzowem lub błoniastem, *colitis mucosa s. membranacea s. colica mucosa* (Nothnagel), w którem lawatywy z oliwy zmniejszały napady bólów w żywocie, sprowadzały łatwe wypróżnienia śluzowych mas, wreszcie sprawiały powoli, że napady były coraz rzadsze i wreszcie ustępowały zupełnie. (*Berl. klin. Wschrft.* Nr. 3 i 4, 1893).

H. Rosin: Nowa próba barwików żółciowych w moczu.

Jeszcze Maréchal podał w r. 1869, że nastój jodowy dodany do moczu, zawierającego barwik żółciowy, wywołuje barwę zieloną. Toż samo potem i Smith w roku 1876 polecał, uważając tę próbę za nader czułą, zwłaszcza że zwykła próba Tiedemana-Gmelina nieraz zawodzi. Na tej podstawie i Gerhardt w r. 1881 podał sposób wykrycia barwików żółci a mianowicie do chloroformu kłóconego z moczem żółtaczkowym dolewał słabego bardzo roztworu jodu i jodku potasu i znowu kłócił. Wówczas chloroform zaledwie barwił się na różowo. Po dodaniu zaś roztworu ługu potasowego, odbarwiał się chloroform a ług potasowy barwił się na zielono.

Dr. Rosin zaś podaje pewną modyfikacyę, która zdaniem jego jest bardzo czuła i łatwa do wykonania dla lekarza praktykującego.

Nastój jodowy przepisany (*tinct. jodi offic.*) roztwarza wyskokiem w stosunku 1 na 10 i z tego nalewa ostrożnie 2—3 grm. do drugiej rurki odczynnikowej zawierającej mocz żółtaczkowy w ten sposób, aby rozczyn jodu pozostał ponad warstwą moczu. Po chwili, najpóźniej w minucie, powstaje na granicy między płynami koło zielone, które dowodzi, że bilirubina znajduje się w moczu. Jeżeli zaś jej niema, to na granicy powstaje tylko odbarwienie, t. j. powstaje pierścień jasnożółty lub bezbarwny, ale nigdy zielony.

Próby wykonywane od 8 miesięcy w klinice prof. Senatora w Berlinie rzeczywiście potwierdziły praktyczność i dobroć tej metody. (*Berl. klin. Wschrft.* Nr. 5, 1893).

Dr. J. Surzycki.

Farmakologija.

Heinz i Liebrecht: Alumnol, nowy lek ściągający i odrażający.

Obecnie używane leki ściągające są po największej części solami metali ciężkich i jako takie mają tę właściwość, że łączą się z białkiem w ciała nierozpuszczalne. Taki lek dostawszy się na wrzód lub sączącą błonę śluzową, łączy się z białkiem ustroju i działa tylko powierzchownie. Autorzy postanowili więc utworzyć lek przeciwgnilny a zarazem ściągający, któryby z białkiem się nie łączył a przeto mógł zadziałać głębiej. Ciałem takiem jest sól glinowa, alumnolem przez autorów nazwana.

Alumnol jest to proszek biały, delikatny, łatwo rozpuszczający się w wodzie, glicerynie i wyskoku. Działanie przeciwgnilne alumnolu badano za pomocą kultur odpowiednich bakteryj. Rozczyn 1% po 24 godzinach niszczy zarodniki wąglika a roztwór 0·01% wstrzymuje rozwój bakteryj durowych, cholerycznych i ropnych. Działania ściągającego nowego leku próbowano na kresce żabiej. Rozczyn 0·01% zwężał znacznie naczynia kreski. Alumnol działa także w głąb tkanek, jak się to na królikach przekonano. Po wstrzyknięciu odpowiedniego rozczynu w miąższ nogi królika, można było półtorachlorkiem żelaza wykazać alumnol w głębokich warstwach mięśniowych. Dopiero roztwory 20% wprowadzone do żołądka nadżerają go a podawane przez dni kilka sprowadzają śmierć skutkiem zadrażnienia nerek. Od roku już czynią autorowie próby na chorych, chcąc wykryć pewne wskazania dla tego nowego leku.

W praktyce chirurgicznej nadaje się alumnol przedewszystkiem do leczenia ropiejących zatok i przetok. Rozczyn 2% doskonale odpowiada swemu celowi i oczyszcza rany. Jeżeli chce się zadziałać żrąco, to używa się rozczynów 20%.

W praktyce ginekologicznej, jako rozczyn 1%, służyć może za pewny i bezpieczny lek do przemywań. Najkorzystniej jednak działa w zapaleniu błony śluzowej macicy wiewiórowem (tryprowem). W chorobie tej najlepiej używa się alumnolu w postaci pręcików z galarety (żelatyny).

W praktyce dermatologicznej ma alumnol najszersze zastosowanie, dzięki rozlicznym formom, w jakich go stosować możemy. Bagersdorf w Altonie sporządza już według przepisu Unny mule i plastry gutaperchowe.

W praktyce wenerycznej, według doświadczeń Chotzena, jedno do dwu procentowy roztwór alumnolowy, wzbogaca szereg leków przeciwko wiewiórowi. Po 3 lub 6 dniach gonokoki z wydzieliny znikały a po 3 do 4 tygodniowem leczeniu choroba zupełnie ustawała.

W chorobach uszu zajmował się alumnolem głównie Dr. Briger chwaląc skuteczność jego w ropnych zapaleniach ucha środkowego.

W chorobach ocznych, według badań Dra Wolfsberga, roczyn alumnolowy działa skutecznie w zapaleniach nieżytowych i wiewiórowych spojówki. (*Berl. klin. Wochschrift.* Nr. 46, 1892).

Chotzen: **Alumnol.**

Alumnol wytworzony przez Heinza i Liebrechta w pracowni farmakologicznej Filehnego w Wrocławiu, zawiera 15% siarki i około 5% glinu (aluminium). Alumnol w alkoholu i glicerynie rozpuszczony prześwieca błękitnawo. — W eterze całkiem się nie rozpuszcza. Roztwory alumnolu oddziaływają kwaśno i wydzielają z roczynów białko. Srebro wydzielają z roztworów azotanu srebrowego a z półtorachlorkiem żelaza dają zabarwienie ciemno niebieskie. — W ropie proszek alumnolowy rozpuszcza się, własność ważna, nie tworzy bowiem grudek, światło przewodów lub przetok zatykających.

Alumnolu próbował autor w 300 przypadkach a mianowicie w następujących formach: 1) Alumnolu czystego w pryszczykach i owrzodzeniach żołędzi i rowka prącia i we wrzodzie miękkim. Pieczenie ledwo uczuć się dające trwa krótko. Po 24 godzinach rany oczyszczają się. 2) Posypkę alumnolową 10% z łojkiem (*talc. venet.*) i skrobią (*amylum*) po równych częściach w zapaleniu żołędzi (*balanitis*), wyprysku sączącym (*eczema madidans*), oparzeniach. 3) Roztwór alumnolowy 1—5% w wyprysku krostkowym (*eczema pustulosum*), trądziku twarzy (*acne faciei*), czérakach (*furunculosis*), ostrym i przewlekłym wiewiórze (*gonorrhoea acuta et chronica*). 4) Spirytus alumnolowy 2—10% w pokrzywce (*urticaria*), figówce (*sycosis*), strupieniu woszczynowatem (*Favus*), łuszczycy (*psoriasis*). 5) Maść alumnolowa według formułki:

Rp. *Alumnoli* 10·00
Lanolin. anhydr. 50·0
Paraffin. liquid. 35·0
Ceresini 5·00

w przypadkach chorób skórnych. W wiewiórze zapisuje autor:

Rp. *Alumnol.* 0·50
Aq. dest. 1·50
Glycerini 3·0
Ung. lanol. 15·0

Maść tę za pomocą strzykawki Tomasolego wprowadza jużto do przedniej jużto do tylnej części cewki. 6) Kleje alumnolowe. Kleje przez Unnę do dermatologii wprowadzone, sporządza autor z alumnolem według następujących formułek:

a) Rp. *Tubera Salep.* 10·0
Glycerini 20·0
Aq. destill. 200·0
coque usque ad consistentiam unguenti adde
Alumnoli 20·0.

b) Rp. *Alumnoli* 10·0
Tragacanth. Bassorini 50·0
Tub. Salep. 50·0

Obydwa te kleje schną w przeciągu 25 minut, mogą pozostać na skórze bez zmiany 2—3 dni i są w wypryskach sączących bardzo skuteczne. Prócz tych tworzy jeszcze Ch. inne kleje alumnolowe a mianowicie: szelakowy, ołowiowy, kolodiowy i z balsamem kanadyjskim. 7) Plastry gutaperchowe z alumnolem według przepisów Unny sporządzone. 8) Pręciki z alumnolu i galarety (żelatyny) w terapii ginekologicznej, chirurgicznej i wenerycznej. Tak więc alumnol działa wielorako a według zapewnień autora, skuteczność jego szczególniej uwydatnia się w chorobach skórnych i wenerycznych a mianowicie w wiewiórze. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 48, 1892).

Prof. Colasanti i Dutto: **Badania wartości leczniczej dermatolu.**

Aczkolwiek Buchner już w r. 1845 badał garbnikan bizmutowy (dermatol) pod względem własności chemicznych, to przecie pierwsi Heintz i Liebrecht użyli go do celów leczniczych, zbadawszy go przedtem dokładnie chemicznie. Zdaje się nawet, że obaj ci badacze, którzy połączeniu temu nadali nazwę dermatolu, w ogóle poprzednich prac Buchnera nieznali. Heintz i Liebrecht chcieliby dermatolem zastąpić jodoform, ufając jego działaniu przeciwgnilnemu. Dermatol posiada wiele zalet: jest proszkiem delikatnym, barwy blado żółtej, bez woni i smaku. Nie rozpuszcza się w wodzie i nie zmienia swych własności nawet w 100°C, można go więc skutecznie sterylizować. Działanie rozwija czysto miejscowo, a skutki jego wysuszające i kojące są nie małej wagi. Obecnie wskazania lecznicze dermatolu znacznie się rozszerzyły. Glaeser i Fritsch używają go w chorobach kobiecych, Rosenthal w skórnych i kiłowych, chirurdzy od r. 1891 nim się posługują. Eversbusch pierwszy zaczął go stosować w chorobach ocznych a Davidsohn w usznych. Wszyscy ci lekarze potwierdzają wartość odwaniającą dermatolu, bez zadraźnienia lub szkodzenia części om zdrowym.

Jeżeli dermatol zewnętrznie użyty jest lekiem wcale cennym, dlaczegóżby też nie miał zadany wewnętrznie skutkować w pewnych grupach chorób organów wewnętrznych? W tym też celu robili autorowie doświadczenia w chorobach wewnętrznych, do czego używali dermatolu z fabryki w Höchst. Podawano go w dawkach 2 do 6 gramów na dzień w proszkach. Dermatol użyty wewnętrznie okazał się jako znakomity lek przeciwkobiegunkowy. Na szczególną uwagę zasługują przypadki uporczywej biegunki u suchotników. Już po jednodniowym używaniu t. j. po 6 gramach, biegunki ustawały. Mocz badany nie posiadał żadnych składników ubocznych i nie zmieniał się a kał tylko skutkiem tworzenia się siarkanu bizmutowego, przybierał zawsze barwę ciemno brunatną. Także w biegunkach kataralnych, durowych i zimniczych, dermatol okazał się lekiem pewnym. (*Brl. kl. Wschrft.* Nr. 34, 1892).

Heinz: **Wskazania lecznicze dermatolu.**

Dermatolu początkowo używali przeważnie dermatolodzy. Dodatnie jednakowoż jego własności utorowały mu drogę w dziedzinie lecznictwa i w innych gałęziach medycyny. Na pierwszym miejscu zanotować wypada zupełną dermatolu nieszkodliwość. Nierozpuszczalny, nie zostaje wessany w tkanki; stosować go też można w znacznych ilościach bez obawy zatrucia. W 2 przypadkach Weismüllera (*Ulcera cruris. Berl. kl. Wschrft.* 51. 1891) wystąpiła gorączka z wysypką pęcherzykową. Po bliższem zbadaniu przekonał się Weismüller, że lek był zanieczyszczony ołowiem. Dlatego też przy zapisywaniu, powinno się wyraźnie na recepcie dodać, by pochodził z fabryki w Höchst. (Lucius i Brüning).

Dermatolu dotychczas używamy:

1) W chirurgii: *a*) W ranach świeżych pooperacyjnych lub po zranieniach przypadkowych. *b*) W celu zabliźnienia ran starych z utratą skóry połączonych. *c*) Celem wysuszenia ran bardzo ropiejących, przyczem należy użyć dermatolu w grubej warstwie.

W ranach z gnijącą, cuchnącą wydzieliną z dermatolu nie otrzymamy pożądanego skutku. W tych przypadkach najlepiej stosować najpierw jodoform a potem dopiero dermatol.

2) W praktyce ginekologicznej zastosujemy dermatol we wszystkich operacyach wchodzących w zakres chirurgii. Przedewszystkiem w operacyach plastycznych na międzykroczu, zachwala go bardzo Fritsch. Mniejsze oddaje usługi w obec procesów gnijących, jak n. p. w rozpadającym się raku, łożyska lub płodu.

3) W dermatologii stosować można dermatol wtedy, gdy chcemy zadziałać powierzchownie na sączące się płaszczyzny a zatem nadają się do leczenia: *a*) wypryski ostre i świeże sączące się, *b*) utraty powierzchowne przyskórka lub skóry, *c*) sparzenia wszystkich 3 stopni, *d*) potówka rąk i nóg (*Dermatoli 20.0, Amyli 10.0, Talc. venet. 70.0*).

4) W chorobach usznych, używa Davidsohn dermatolu w zapaleniu ucha zewnętrznego (*Otitis externa*). W zapaleniu ucha środkowego (*media*) dermatolu nie powinno się używać. W małej tej przestrzeni łączy się z ropą na twarde i zbite gruzełki, które drażnią ucho wewnętrzne i utrudniają odpływ ropy.

5) W chorobach nosa, po wszelkich w narządzie tym operacyach, radzi Aronsohn zasypywać dermatolem. Choremu poleca się przytem, by parę razy na dzień używał dermatolu jak tabaki. Wszelkie tamponowanie nosa staje się skutkiem tego zbytecznem. Żadnego innego proszku odwaniającego nie zniosłaby błona śluzowa nosa a najmniej z pewnością jodoformu.

6) Okuliści a przedewszystkiem Eversbusch stosują dermatol w proszku przeciw zapaleniu spojówki pęcherzykowemu (*conjunctivitis phlyctaenulosa*) u dzieci zołzowych. Korzyść tego leczenia polega i na tem, że przy zasypywaniu dermatolem możemy wewnętrznie podawać jodek potasu, co jest znów przeciwwskazane podczas używania kalomelu jako posypki. (*Berl. kl. Wschrft.* Nr. 47, 1892).

Dr. Mendelsburg.

Choroby dzieci.

Rominciano: **O rozmaitych postaciach kiły u dzieci.** (Wykład miany na II. kongresie derm. i syfil. w Wiedniu).

Kiła wrodzona zwykła objawiać się u dzieci od pierwszych dni aż do 5-go miesiąca życia; pospolicie rozpoczyna się jako sapka (*coryza*). Najczęściej spotykamy zmiany kiłowe jak lepieże (*plaques muqueuses*) i to na błonie śluzowej jamy ust; również bardzo pospolite są, zdaniem autora, rozpadliny w kątach ust. Rzadko spotykamy wyprysk, częściej pęcherzycę (*pemphigus*). U wynędzniałych dzieci kiłowych spostrzega się dość często ropnie, których jednak nie należy odnosić wprost do zakażenia kiłą, lecz do zwykłych przyczyn. Ważnem jest spostrzeżenie R., że równoczesnie u tego samego indywiduum możemy nieraz widzieć różne okresy zakażenia. Do rzadkich zmian kiły wrodzonej u dzieci należą kilaki (*gummata*) i zmiany w kościach. — Leczenie polegało na wcieraniu szaruchy nawet u noworodków, przyczem nigdy nie zauważono ślinotoku lub biegunki. Wcierać poleca rano gram w brzuch i piersi, wieczorem gram w plecy, co drugi dzień kąpiel; zdaniem autora 8 do 16 wcierań zwykle wystarcza do wyleczenia. Gdy dziecko karmiło się piersią matki, poddawano i matkę leczeniu przeciwkiłowemu, chociażby nawet nie okazywała zmian kiłowych. Leczenie wstrzykiwaniem z powodu częstego wytwarzania się ropni nie jest właściwe u dzieci. (*Wien. med. Presse* 1892).

Dr. Raczyński.

Notatki terapeutyczne.

16) W celu użycia kreozotu w lawatywach zaleca Revillet następujący przepis:

Rp. *Kreozoti fagini* 2·00—4·00
Olei amygdalarum dulcium 25·00
Vitellum ovi unius
Aquae destil. 200·00

Kreozot w tej formie bardzo rychło ulega wessaniu.

17) Przeciw kaszlowi w odrze u dzieci przepisuje prof. Widerhofer: Rp. *Exti hyoscyami* 0·15
Aquae destil. 70·00
Syr. simplicis 10·00

MDS. Co godzina dawać po łyżeczce od kawy.

18) W razie potrzeby stosowania koniaku u dzieci używa Elroy przepisu:

Rp. *Cognac* 30·00
Aquae laurocerasi guttas quinque
Vitella ovorum duorum
Sacchari albi 22·00

MDS. Dawać po małej łyżeczce od kawy.

IV.

†

Dr. Żegota Krówczyński.

Dnia 1. lutego zakończył życie we Lwowie Dr. Żegota Krówczyński, wieloletni prymaryusz Szpitala powszechnego, członek krajowej Rady zdrowia, radny miasta Lwowa itd.

Ze śmiercią tą ubywa ogółowi lekarskiemu osobistość górująca nad średnim poziomem dobrą wolą, duchem obywatelskim i wielkiemi zaletami umysłu.

Ś. p. Ż. Krówczyński urodził się we Lwowie 1848 r., w tem mieście odbył nauki gimnazyalne a następnie wstąpił na Wydział filozoficzny, lecz wkrótce zmienił zamiar, przybył do Krakowa na Wydział lekarski, który ukończył w r. 1873. Powróciwszy do Lwowa w r. 1875, pozostał do śmierci w rodzinnem mieście, znacząc zakrótki niestety żywot czynami naukowej i społecznej doniosłości.

Żaden zawód nie ma takiej sposobności do poznania i zgłębienia warunków bytu społecznego, jak stan lekarski: tylko lekarz żyje i działa we wszystkich warstwach społeczeństwa, tylko on widzi je w codziennem i rzeczywistem świetle i bycie. To też żaden stan nie liczy tyłu działaczy społecznych, tylu filantropów, mecenasów, jak stan lekarski; a wzorem takiego lekarza i zarazem działacza społecznego, był właśnie świeżo zgasły Żegota Krówczyński.

Od dawna już zauważono, że lekarz, który wstąpi na szersze pole pracy społecznej, najczęściej zaniedbuje sprawy swego zawodu. Ś. p. Krówczyński stanowił w tym względzie chlubny wyjątek, gdyż potrafił on zespolić pełnienie obowiązków obywatelskich z pracą naukowo-lekarską, w której postępie wybitnie czynny brał udział. To też działalność zmarłego dwoistą miała cechę: ogólno społeczną i zawodowo-lekarską.

Będąc jeszcze słuchaczem filozofii we Lwowie, powziął śp. Krówczyński myśl założenia Towarzystwa gimnastycznego a po uzyskaniu dyplomu lekarskiego i przeniesieniu się do Lwowa, oddał się z całym zapałem urzeczywistnieniu swego marzenia, t. j. sprawie wzmocnienia sił fizycznych naszego społeczeństwa. Kto wie, czem jest u nas każde początkowanie, ten oceni wielkość zasług ś. p. Krówczyńskiego, który wszystkie trudności pokonał, niepowodzeniami nie zraził się i dzieło wielkiej doniosłości doprowadził do pomyślnego rozkwitu. Sokół lwowski odwdzięczając się za jego gorliwość, wybrał go w r. 1885 swoim wiceprezesem, a w rok później prezesem, którą to godność do końca życia zmarły piastował. Nie poprzestał on na samem umożebnieniu praktycznego ćwiczenia ciała, lecz jako człowiek wysoce wykształcony oddawał się z zamiłowaniem i powodzeniem redagowaniu *Przewodnika Gimnastycznego*, i tą drogą nietylko pouczał nasze społeczeństwo o tak zaniedbanem u nas wychowaniu fizycznem, lecz szerzył i umiejętne pojęcia o nauce i zasadach gimnastyki.

Jako lekarz ś. p. Krówczyński należał do bardzo wykształconych specyalistów, wzorowo prowadził swój oddział chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym we Lwowie a wyniki swych spostrzeżeń i doświadczań ogłaszał drukiem. Wszechstronnemu wykształceniu zawdzięczał, że już w r. 1879 został powołany do krajowej Rady zdrowia, w której czynny i skuteczny brał udział w ciągu lat 13. W roku 1886 otrzymał godność radnego miasta Lwowa i był rzecznikiem spraw sanitarnych rodzinnego miasta w reprezentacyi stolicy. Pisał wiele i wytwornie; do najważniejszych prac ogłoszonych drukiem należą: 1) *O gośćcu wiewiórowym* (*1874*); 2) *O leczeniu kiły rtęcią ze szczególnem*

uwzględnieniem podskórnych wstrzykiwań (*1875*); 3) *Kilka uwag o wstrzykiwaniach podskórnych sinku rtęciowego* (*1875*); 4) *Zapiski kazuistyczne* (*1877*); 5) *O metodzie leczniczej, zwanej goerbersdorfską* (*1878*); 6) *O zachowaniu się chorych syfilitycznych podczas leczenia wcieraniami rtęciowemi* (*1879*); 7) *Odpowiedź na list otwarty Dr. A. Sokołowskiego w Goerbersdorfie* (*1879*); 8) *Stanowisko lekarzy prostytucyjnych wobec nauki* (*1879*); 9) *O szczepieniu ospy* (*1879*); 10) *Wyczekiwanie, jako sposób leczenia kiły* (*1879*); 11) *Leczenie wewióra przewlekłego* (*1880*); 12) *Ferdynand Hebra* (*1880*); 13) *Reinfectio syphilitica* (*1881*); 14) *Czy kiła jest zakażeniem krwi* (*1881*); 15) *Syfilidologia* (*1883*); 16) *Profilaktyczne dążenia nowoczesnej medycyny* (*1888*); 17) *Jakie leczenie kiły daje najlepsze rezultaty* (*1889*); 18) *Poronne leczenie kiły* (*1889*); 19) *Arystol w leczeniu chorób kiłowych i skórnych* (*1890*); 20) *Pyoktanina* (*1890*); 21) *Kilka słów o leczeniu kiły* (*1892*); 22) *Doświadczenia w sprawie zapobiegania kile* (*1892*).

Przekonani jesteśmy, że powyższym spisem prac naukowych ś. p. Krówczyńskiego nie objęliśmy całości jego literackiego dorobku, jak niemniej, wyznajemy to szczerze, niniejsze wspomnienie pośmiertne nie wyczerpuje wszelkich jego zasług. Towarzystwo lekarskie krakowskie ma szczególne powody do wdzięcznej dla niego pamięci, gdyż ś. p. Krówczyński był przez lat 10 delegatem jego do Rady Zawiadowczej i na Walne zebranie Towarzystwa lekarzy galicyjskich. Ogół lekarski traci w nim biegłego i światłego praktyka, plodnego i wytwornego pisarza, towarzysza, który w życie wcielił zasady etyki koleżeńskiej. Społeczeństwu ubywa obywatel, który myśląc sercem, obejmywał szerokie horyzonty, dzielny szermierz sprawy fizycznego odrodzenia naszego społeczeństwa, człowiek, po którym w szeregu przodowników dzisiejszej naszej doby dziejowej, długo świecić będzie trudna do zapełnienia luka.

Cześć i wdzięczna pamięć niech mu będzie na wieki!

Dr. A. Kwaśnicki.

V. Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak. d. 8. lutego 1893 r. odbytem 1) kol. Przewodniczący poświęcił słowa wspomnienia zmarłym kolegom Tomaszowi Zarembie i Żegocie Krówczyńskiemu. 2) Kol. Pieniążek przedstawił chorą, u której wykonał 3 razy laryngofisurę i 3 razy tracheotomię. 3) Kol. Browicz okazał jelito z chorego (z oddziału prof. Obalińskiego) przedziurawione kopytem końskiem, jakoteż sutek (z kliniki prof. Rydygiera) naciekły guzami rakowatymi a jednostajnie przytem przerosły tak co do tłuszczu, jak tkanki podskórnej i skóry. 4) Kol. Obaliński okazał chorobowo zmieniony wyrostek robaczkowy z chorego, u którego przed operacyą zmiany zapalne tegoż nie były wybitne. Również okazał dwie macice wycięte z powodu raka. 5) Jednogłośnie członkami czynnymi wybrano Drów: Tadeusza Milewskiego, Wincentego Tyszkiewicza, Maurycego Wohlfelda, Franciszka Schumana, Antoniego Biesiadzkiego, Maksymiliana Rutkowskiego, Władysława Pohoreckiego, Jana L. Kosińskiego, Józefa Zolla, Kazimierza Garbińskiego i Jana Regieca. 6) Wybrano komitet przygotowawczy na międzynarodowy zjazd lekarski w Rzymie w roku bieżącym odbyć się mający z koll. Cybulskiego, Domańskiego, Gluzińskiego, Ponikły, Radeckiego, Rydygiera i Zarewicza.

— W lwowskim szpitalu dla położnic, którego dyrektorem jest prof. Dr Adam Czyżewicz, przebywało w roku ubiegłym (1892) kobiet 1094, z których 1023 odbyło poł6g. Wykonano w tym czasie 86 ciężkich operacyj, między niemi dwa cięcia cesarskie. Przebieg chorób i skutek operacyj był nadzwyczaj pomyślny tak, że w roku zeszłym nie umarła ani jedna kobieta. Procent operacyj położniczych w stosunku do liczby porodów wyniósł 8·4, procent zmian chorobowych poporodowych w stósunku do liczby położnic 47·7.

Wydział krajowy w uznaniu tego świetnego rezultatu przesłał prof. Czyżewiczowi pismo wyrażające uznanie za pracę tak wielce pożyteczną i zbawienną i gorliwość a lekarzom pomocniczym Drom Kuhnowi i Zawadilowi tudzież aku-zerkom zakładowym i dwom stypendystkom wyznaczył nadzwyczajną renumeracyę za gorliwe pełnienie obowiązków.

— Do zbioru *Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej*, wydawanych pod redakcyą prof. Dra Korczyńskiego, przybywa w ostatnich dniach rozprawa Dra Leona Wachholza p. t.: Metody badań niektórych lic sądowo-lekarskich (*corpora delicti*). Tak treść i układ rozprawy, jakoteż i przystępna cena powinny zadowolić lekarzy trudniących się medycyną sądową.

— Według urzędowych raportów cholera wygasła zupełnie w Galicyi, t. j. w powiatach husiatyńskim i borszczowskim, gdzie wyłącznie pojawiała się w ostatnich tygodniach. W zakładzie obłąkanych w Nietleben pod Hallą nad Salą umarło dotychczas na cholerę 53 osób. Donoszą o pojawianiu się częstszem tej choroby w Budapeszcie, Hamburgu i Altonie a świeżo o ukazaniu się w Marsylii choroby podobnej do cholery (ulubione eufemistyczne oznaczenie prawdziwej cholery azyatyckiej), na którą w ciągu czterech dni umarło 50 osób.

— Sprawa dopuszczania kobiet do studyów lekarskich zajmuje w Niemczech żywo naczelne władze. Temi dniami wysłał pruski minister oświecenia publicznego, Dr Bosse, do naczelnych Prezydentów okólnik, w którym żąda zdania sprawy, czy w podległym im okręgach kobiety zajmują się praktyką lekarską, pod jakim tytułem, i jakie w tej mierze porobiono doświadczenia pod względem tak lekarskim jak i społecznym. Tymczasem Wydział lekarski uniwersytetu kolumbijskiego w Waszyngtonie zabronił studentkom wstępu na swe wykłady, podając za przyczynę swego postanowienia, że studentki odstręczają młodzież męską od wykładów, demoralizują i sprowadzają uniwersytet do poziomu pensyonatu żeńskiego.

— **Nekrologia.** W Krakowie zmarł w dniu 1. lutego r. b. po długiej chorobie Dr. Ludwik Poglies, lekarz sztabowy. — W Opatowie zmarł w dniu 1. b. m. w 50. roku życia Dr. Ludwik Pogorzelski, lekarz tamecznego szpitala, przedtem ordynator w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **M. K. w Z.** Żadnego dziennika specyalnego w zakresie przez Sz. Kolegę wskazanym nie znajdujemy w najnowszych wykazach pism peryodycznych francuskich i niemieckich. Za zbliżone swą treścią uważaćby zapewne należało w języku francuskim *Annales de la Société d'Hydrologie médicale* (Paris, Alcan, 108, boulevard St. Germain), *Gazette des Eaux* (Paris, 18, rue Monsieur le Prince), *l'Atmosphère* (Paris, Paul Klincksieck, 52, rue des Ecoles) a w języku niemieckim *oesterreichisch-ungarische Badezeitung* (Wien VI, Mollardgasse 41). Najpraktyczniej będzie według adresów tu wymienionych zażądać numerów okazowych a wtedy będzie mógł Sz. Kolega przekonać się najlepiej sam, czy i które pismo odpowiada jego życzeniu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 18. Lutego 1893. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Ze szpitala powszechnego w Białej.

O resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,

prymaryusz tegoż szpitala.

Środków leczniczych zalecanych przeciwko padaczce tak spora jest liczba, iż żaden z autorów jeszcze się nie pokusił o wyliczenie wszystkich. Jest to najlepszym dowodem naszej niemocy wobec tej dość rozpowszechnionej choroby. Nic dziwnego tedy, iż w czasie, kiedy chirurgia coraz obszerniejsze zdobywa sobie pole, kuszono się o leczenie chirurgiczne padaczki. Z dobrym skutkiem robi się to śladem Jacksona w przypadkach padaczki korowej (*Rindenepilepsie*), wycinając po trepanacyi czaszki kostninę lub bliznę opon mózgowych, po urazach czaszki powstałą, a ugniatającą mózg przytem usuwa się nawet część substancyi korowej mózgu. Z pomyślnym skutkiem usuwa się również nowotwory ugniatające mózg, które przez to stają się przyczyną padaczki. Tych przypadków padaczki nie uwzględniam w niniejszej pracy, pomijając również i te przypadki, w których drogą operacyjną usunięto ciała obce, nowotwory itd., usadowione po za obrębem mózgu a sprowadzające padaczkę prawdopodobnie w drodze odruchowej (*Reflexepilepsie*). Mam na myśli tylko leczenie padaczki czystej, samoistnej, w której takich przyczyn niema i w których to przypadkach i sekcya zwłok nie przedstawia wybitnych zmian patologicznych.

Powszechnie znaną jest rzeczą, iż Alexander już w r. 1881 opisał trzy przypadki, w których napady padaczki ustąpiły po podwiązaniu tętnicy kręgowej a Barącz we Lwowie ogłosił w r. 1888 cztery przypadki[1]) z własnej praktyki. Działanie korzystne tej operacyi pomysłu Hughlings-Jacksona tłómaczy się zmniejszeniem przekrwienia żylnego w rdzeniu przedłużonym i w moście Warolowym, lecz tłómaczenie to teoretyczne nawet w razie obustronnego podwiązania tętnic nie trafiało do przekonania, boć krążenie uboczne wytwarza się bardzo prędko. To jest, zdaje się, przyczyna, dlaczego Alexander tak mało znalazł naśladowców, bo nie kładziono korzystnych skutków na karb samej operacyi. I tak już Alexander przypuszcza, iż pomyślny wpływ leczniczy może temu przypisać należy, iż podczas operacyi przecięto mimowoli także gałązki nerwu współczulnego. Jaksch jest również tego zdania[2]), iż skaleczenie nerwu współczulnego w tym względzie najważniejszą odgrywa rolę zwłaszcza: „jeżeli się zważy, że podczas podwiązania tętnicy kręgowej nietylko bezwiednie przeciąć można kilka gałązek nerwu współczulnego, lecz że w każdym przypadku podwiązania tętnicy kręgowej i przeciąć się musi i splot kręgowy, który z tętnicą wchodzi do kanału kręgowego. Jego zdaniem jest przeto obojętną rzeczą, czy się tętnicę kręgową podwiąże, czy nie; rozchodzi mu się tylko o przecięcie nerwu współczulnego i splotu kręgowego (*plexus vertebralis*). W tym celu przecina najpierw nerw współczulny powyżej dolnego zwoju szyjnego (*ganglion infer. sympathici*) a następnie podwiązuje en masse tętnicę i żyłę kręgową przed wejściem do kanału podwójnie i przecina je

[1]) Cztery przypadki podwiązania tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki. *Przegląd lekarski* 1888 Nr. 42, 43 i *Wiener medizinische Wochenschrift* 1889 Nr. 7, 8, 9.

[2]) Rudolf Jaksch. Die Neurotomie des Sympathicus in ihrem Einflusse auf die Epilepsie. *Wiener mediz. Wochenschrift* 1892 Nr. 16, 17.

pomiędzy podwiązkami. W ten sposób postępując uleczył dwóch chorych.

Nie długo później, bo 4-go lipca 1892 miał Benedikt w Wiedniu wykład o leczeniu chirurgicznem padaczki samoistnej [1]), podając tymczasowe krótkie doniesienie o skutkach trepanacyi czaszki. Przyznaje on się, iż pierwotnie był przeciwnikiem operacyjnego leczenia padaczki. Padaczkowi bowiem nie okazują charakterystycznych zniekształceń czaszki, bo takie same zmiany znajduje się u osób z odziedziczonymi chorobami umysłowymi, zbrodniarzy itd. Nie mógł sobie przeto wytłómaczyć wpływu, jaki wywrzeć może miejscowy zabieg operacyjny wobec tak rozległej zmiany w budowie czaszki zwłaszcza, iż kształt czaszki stosuje się do mózgu a nie odwrotnie, jak to sobie niektórzy wyobrażają. Z tych danych widać, iż co się tyczy samego zabiegu, tylko trepanacyę czaszki miał na myśli. Z drugiej strony zaś zastanawiał się nad inną właściwością padaczki a mianowicie, iż są przypadki padaczki utajonej, w których napady nie pojawiają się czasem przez całe lata. Przyznać tedy musiał, iż jest rzeczą możebną, że się przez zabieg operacyjny sprowadzi taki stan utajonej padaczki a to szczególniej przez wzgląd na to, iż w padaczce samoistnej w znacznej liczbie przypadków napady występują tylko z pewnego ograniczonego ogniska środkowego. To było niejako wskazaniem do trepanacyi czaszki, którą Mosetig wykonał w dwóch przypadkach. U jednego z tych chorych występowały napady co 8—10 dni, rozpoczynając się drgawkami w prawej kończynie górnej i dolnej. Trepanowano przeto odpowiednie miejsca na lewej połowie czaszki w dniu 14-ym czerwca 1892 r. Wystąpiło porażenie prawego nerwu twarzowego i prawych kończyn, które jednak wkrótce ustąpiło. W drugim przypadku znaleziono zapalenie twardówki krwotoczne (*Pachymeningitis haemorrhagica*) i w tym przypadku po operacyi napady stały się rzadszymi. Przesądzenie skutku pooperacyjnego byłoby jednak w tych przypadkach przedwczesne, boć od operacyi do wykładu niespełna dopiero trzy upłynęły tygodnie.

Pomysł trepanacyi czaszki w celu leczenia padaczki nie jest wcale nowym. Padaczkowych trepanowano od wieków a Bergmann przypuszcza, iż trepanacya czaszki w celu leczenia padaczki jest jedną z najstarszych operacyj [2]). Od najdawniejszych czasów aż po dzień dzisiejszy po dłuższych lub krótszych przerwach trepanowano czaszkę nie tylko w uszkodzeniach czaszki, ale i w padaczce i to albo bezmyślnie przystawiano koronę trepana do rozmaitych miejsc czaszki, albo też mając pewne linie wytyczne wyszukiwano odpowiednie miejsca.

W nadarzającym się tedy przypadku padaczki ciężkiej, w którym ojciec chorego prosił mnie usilnie, abym się starał o wyleczenie jego chorego synka, choćby to życiem miał przypłacić: „bo cóż po takiem życiu“, nie mogłem zdecydować się na trepanacyę a podwiązanie tętnic kręgowych teoretycznie nie trafiało mi do przekonania wiadomość zaś, iż Alexander na 35 przypadków podwiązania trzech chorych stracił w skutek operacyi a 16 razy żadnego skutku nie było i że na 296 trepanowanych według statystyki Dougallsa aż 50 umarło, odstraszyć mnie musiało od tych operacyj. Uczepiłem się tedy tej okoliczności, którą podnosi Alexander, Barącz, Jaksch i inni, iż obrażenie bezwiedne nerwu współczulnego na szyi jest najważniejszym zabiegiem leczniczym padaczki, i postanowiłem wyciąć część nerwu bez podwiązania tętnicy kręgowej, jak to Jaksch w swym przypadku uczynił. Jaksch bowiem przez to niejako w sprzeczności stanął z założeniem i tytułem rozprawki: „Die Neurotomie des Sympathicus in ihrem Einflusse auf die Epilepsie“. W jego przypadkach bowiem nie bez słuszności zwolennik podwiązania tętnic przedewszystkiem temu rękoczynowi przypisze wpływ leczniczy. W żadnym razie jednak Jaksch operacyą swą nie udowodnił skuteczności przecięcia samego nerwu.

Że zaś zabieg ten sam przez się wpłynąć może na padaczkę, popieram dwiema okolicznościami. Jedno, iż w sekcyach zmarłych na padaczkę znajdywano między innemi zmianami patologicznemi wynaczynionki nerwu współczulnego; drugie, iż się spodziewałem, że przez przecięcie nerwu zapobiegną występowaniu padaczki odruchowej, choćby istniała jakaś niewykryta przyczyna obwodowa.

Oto opis przypadku padaczki w ten sposób leczonej.

Ferdynand Felisiński, pomocnik drukarski, rodem z Bielska, mający lat 16, jest synem rodziców zdrowych, dotąd żyjących i sam nigdy nie chorował. Kurcze drgawkowe z utratą przytomności wystąpiły po raz pierwszy przed niespełna dwoma laty i odtąd mimo leczenia powtarzały się dosyć często. Podczas leczenia szpitalnego bromkiem potasu można było początkowo widzieć jakiś wpływ dodatni, później jednak występywały napady mimo to codziennie po kilka razy i tak n. p.

Dnia 16/II 1892 r. 2 napady z zupełną utratą przytomności
„ 17/II „ 5 napadów „ „ „
„ 18/II „ 1 napad „ „ „
Od dnia 19/II do 23/II po 2 napady z zupełną utratą przytomności.

Chłopak jest wzrostu małego, wątłej budowy ciała, niedokrewny. Czaszka okazuje zmiany przebycia krzywicy, obie kości goleniowe są nieco szablasto wygięte, dolne nasady kości przedramienia zgrubiałe. Zresztą badanie nie wykazało żadnych zmian. Ciężar ciała 36·7 kilogr.

D. 24/II 1892 r. wykonałem resekcyę nerwu współczulnego przy pomocy kolegów Tugendhata i Kapelusza. Chory wykąpał się przed operacyą a pole operacyjne jako też własne ręce obmyliśmy rozczynem wyskokowym mydła szarego z dodatkiem sublimatu. W narkozie przeciąłem skórę wzdłuż przedniego brzegu lewego mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego. Drążąc wgłąb po części tępo, po części nożem usuwałem hakami naczynia szyjne na wewnątrz a mięsień mostko-obojczyko-sutkowy na zewnątrz. Wyszukawszy zwój środkowy nerwu współczulnego (*ganglion medium s. stellatum s. thyreoideum*) leżący tuż koło tętnicy tarczykowej dolnej uchwyciłem go szczypczykami a następnie wyciąłem nożyczkami. Do oczyszczania pola operacyjnego używałem zwitków gazy wyjałowionej a ranę spoiłem szwem kuśnierskim z katgutu chromowego, nie wsuwając wcale sączka. Ranę zaszytą pokryłem gazą wyjałowioną i takąż watą a to wszystko przytwierdziłem opaską kalikotową również wyjałowioną.

Gojenie się rany nastąpiło bez podniesienia ciepłoty przez rychłozrost a dnia 8. Grudnia usunąłem szew.

Co się tyczy napadów padaczkowych ciężkich, te od operacyi więcej nie wystąpiły. Zauważono tylko krótkotrwałe drgnięcie kończynami górnemi objawiające się jednorazowym wyprostowaniem. Takie drgania wystąpiły: dnia 26, 27 i 28. listopada po razie; dnia 29. listopada trzy razy;

[1]) Prof. M. Benedikt. Ueber die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. *Wiener mediz. Presse* 1892 Nr. 28.

[2]) Ernst v. Bergmann. Die chirurgische Behandlung von Hirnkrankheiten Berlin. 1889 r.

dnia 30. listopada i 1. grudnia po dwa razy; dnia 2. grudnia pięć razy, dnia 6, 8 i 14. grudnia po razie a 15. grudnia upadł bez utraty przytomności, odtąd zaś jest zupełnie wolnym od wszelkich najlżejszych objawów, cera twarzy jest obecnie rumianą a uspobienie jego stało się weselsze.

Jakkolwiek w niniejszym przypadku wpływ leczniczy wycięcia kawałka nerwu współczulnego na padaczkę jest widoczny, bo chory nasz, który przed operacyą mimo zażywania bromku potasu i spokoju codziennie miewał ciężkie napady, po operacyi doznawał jedynie drgnięcia kończynami górnemi bez utraty przytomności a od 15. grudnia 1892 r. jest całkiem wolnym, chociaż znowu pracuje, mimo to jeszcze wniosków stanowczych wyprowadzać nie można. Potrzeba do tego znaczniejszej liczby przypadków i dłuższej obserwacyi. Łatwo bowiem nastąpić może pogorszenie, jeżeli nastąpi regeneracya nerwu a może być, że cała moja obserwacya jest mylną, że operacya wywarła jedynie wpływ psychiczny, jak to zarzucają w innych zabiegach. Na razie temu zaprzeczyć nie chcę, ale i przyznawać słuszności nie mogę. W każdym razie, jak wyżej wyłuszczyłem, zabieg ten teoretycznie jest uzasadniony a pod względem skutku usprawiedliwiony. Resekcyę nerwu współczulnego i to zwoju szyjnego górnego (*ganglion cervicale superius*) wykonał już w jednym przypadku Kümmel [1]), jak się dowiedziałem po napisaniu niniejszej rozprawki. Napady padaczki pojawiły się jednak już w kilka dni po operacyi u tej samej chorej, przeto z lepszem powodzeniem trepanował później czaszkę. Kümmel w przytoczonej rozprawie podaje, iż resekcyę górnego zwoju szyjnego przed nim Aleksander kilka razy wykonał nie podając, z jakim skutkiem. Wycięcie zwoju górnego sprawia pod względem technicznym znaczne trudności. Zwój ten leży bowiem na wysokości drugiego, trzeciego albo czwartego kręgu szyjnego, po za tętnicą szyjną wewnętrzną (*art. carotis interna*), nerwem błędnym i podjęzykowym i jest do ich pochew dosyć szczelnie przytwierdzony. Inaczej rzecz się ma ze zwojem środkowym. Leży on na wysokości piątego albo szóstego kręgu szyjnego tuż przed tętnicą tarczykową dolną a zatem łatwo i bez niebezpieczeństwa wyszukać i resekować go można. W przypadku zaś, gdyby go brakowało, co się czasem zdarza, wyciąłbym kilka włókien nerwu współczulnego. Rozchodzi się jeszcze o wytłómaczenie, dla czegom wyciął nerw po lewej stronie. Postanowiwszy wyciąć nerw współczulny na szyi uczyniłem to w niniejszym przypadku po stronie lewej czysto empirycznie; o siedzibie choroby nie miałem bowiem żadnych danych. W przypadkach zaś, gdzie drgawki zawsze najpierw występują w jednej połowie ciała, radziłbym resekcyę po tejże stronie szyi celem zniesienia przewodnictwa pomiędzy ośrodkiem w mózgu a odpowiednią połową ciała.

Uważając tedy resekcyę nerwu współczulnego za zabieg usprawiedliwiony podnieść jeszcze raz muszę, iż dotyczy to tylko przypadków padaczki samoistnej, w których ani na głowie ani też na obwodzie wykryć nie możemy przyczyn wywołujących.

[1]) Dr. Hermann Kümmel: Zur operativen Behandlung der Epilepsie. *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1892 Nr. 23.

II. Z pracowni chemiczno-patologicznej Dra E. Freunda w szpitalu Rudolfa we Wiedniu.

Przyczynek do patogenezy oparzenia.

Podał

Dr. Władysław Reiss,

elew kliniki dermatologicznej prof. Kaposiego.

(Dok. Patrz Nr. 6.)

Badając we wszystkich przypadkach mocz tak jakościowo, jakoteż i ilościowo, nie zdołałem wykryć żadnych zboczeń w ilości składników fizyologicznych. Ilość mocznika i fosforanów okazywała wprawdzie pewne wahania, jednak jeszcze w granicach prawidła. Natomiast woń moczu (przedewszystkiem w przypadkach pod 1, 3, 4, 5) odróżniała się znacznie od woni moczu prawidłowego; woń ta dokładnie przypominała woń pirydynu, występując znacznie wyraźniej po destylacyi moczu, zwłaszcza po dodaniu małej ilości ługu potasowego. Słabe roztwory pirydynu i jego soli, jakie sporządzałem dla porównania woni, wykluczały w tej mierze wszelką wątpliwość. Mocz we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem tych, w których oparzenia były bardzo nieznaczne, okazał się trującym. Aby umożliwić sobie dalsze badanie istoty toksycznej, sporządzałem z moczów trzy wyciągi, t. j. wyciąg wyskokowy, wodny i eterowy. Z wyciągów tych okazał się wyciąg wyskokowy najbardziej trującym, w mniejszym stopniu już wodny, eterowy zaś obojętnym. Doświadczenia te, kilkakrotnie na świnkach morskich robione, dawały zawsze te same wyniki. Całkiem podobnie działał wyciąg wyskokowy z roztworu produktów przyswędkowych *serumalbuminu* w bardzo małych dawkach używany; myszy ginęły już po wstrzyknięciu 2 do 3 podziałek strzykawki tego roztworu, przyczem objawy w ten sposób wywołane nie różniły się w niczem od przypadów po wstrzyknięciu wyciągu wyskokowego moczu badanego.

Stwierdziwszy zatem toksyczne własności wyciągu wyskokowego moczu, zwróciłem głównie całą uwagę w tym kierunku a dalsze badanie wykazało, że działanie trujące tego wyciągu zmniejsza się i nawet zupełnie ustępuje po odparowaniu wyciągu, z czego wypada, że istota trująca ulatnia się w tej ciepłocie. Wstrzykiwanie roztworów produktów *serumalbuminu* po odparowaniu działały również na zwierzęta dosyć obojętnie.

Podejrzywając, że płyny badane zawierają w sobie ciała przyswędkowe (empireumatyczne), a miałem tu na myśli głównie substancye należące do grupy pirydynu i chinolinu, zastosowałem w tej mierze dalsze swe postępowanie. Jak wiadomo, grupa zasad pirydynowych należy do działów chemii organicznej pod względem farmakodynamicznym najmniej w literaturze uwzględnianych. Reakcye w celu wykazania tych ciał są zanadto ogólne i według dotychczasowych wskazówek chemii organicznej nie dadzą się użyć do wykrycia poszczególnych połączeń do tej grupy należących, zwłaszcza jeżeli badanej substancyi jest mało a działać musimy tylko na drodze czysto empirycznej. Nie mówię tu już wcale o oznaczaniu ilościowem ciał podobnych, bo ono napotyka w tych warunkach na najrozliczniejsze trudności. W naszym przypadku musieliśmy się ograniczyć do reakcyj jakościowych, mianowicie kwasem fosforowolframowym i chlorkiem platyny.

Do moczu przekroplonego i zakwaszonego kwasem solnym dolewano roztworu kwasu fosforowolframowego dopóty,

dopóki widać było opadanie osadu. Po przesączeniu i przemyciu osadu słabym roztworem kwasu siarkowego, poddajemy go działaniu wody barowej, przez co powstaje połączenie kwasu fosforowolframowego z barem, gdy ciała pozostające dawniej w związku z tym kwasem przechodzą w roztwór. Roztwór ten kilkakrotnie przesączony uwalniamy od pozostałości baru, przepuszczając przezeń przez czas jakiś bezwodnik węglowy, poczem otrzymujemy zupełnie czysty płyn. Doświadczenia roztworem tym na zwierzętach wykazały, że pół strzykawki wywołuje u myszy śpiączkę z przebiegiem śmiertelnym po kilku minutach.

Te same skutki otrzymywaliśmy, postępując w sposób wyżej podany z wyciągiem wyskokowym moczu, jakoteż z rozczynem produktów spalenia *serumalbuminu*. W ostatnich dwu razach dawki śmiertelne nie dochodziły do pięciu podziałek strzykawki Pravaza. Aby oznaczyć dokładniej skład chemiczny ciała w roztworze się znajdującego, użyliśmy chlorku platyny, który utworzył w roztworze połączenie soli podwójnej, przedstawiającej się po odparowaniu małej ilości rozczynu w próżni jako ciało krystaliczne barwy pomarańczowej, bezwonne, o punkcie topliwości odpowiadającym pirydynowi. Kryształki te, poddane z potasem metalicznym w rurce szklanej wysokiej ciepłocie, utworzyły sinek potasu, o czem się przekonano przez dodanie roztworu siarkanu żelaza; po ogrzaniu i dodaniu kwasu solnego wystąpiło wyraźne zabarwienie błękitu pruskiego. Nie ulega przeto wątpliwości, że ciało szukane jest ciałem organicznem, azot zawierającem; wziąwszy zaś na uwagę punkt topliwości, własności analogiczne z własnościami produktów spalenia ciał białkowatych a wreszcie woń charakterystyczną wywiązującą się, ilekroć działaliśmy na mocz ciałami rugującemi szukane połączenia z ich pierwotnego związku, nie waham się przypuścić, że w moczu tym znajdują się ciała należące do grupy zasad pirydynowych i do obecności tychże ciał należy odnosić trujące własności moczu a i równorzędnie kliniczne objawy spostrzegane u chorych. Przypuszczenie to opieram nadto na doświadczeniach pirydynem i pokrewnemi mu ciałami na zwierzętach. Zasady pirydynowe powstają przy suchej destylacyi istot organicznych; znajdują się przeto w obfitej ilości w tak zwanym oleju kostnym (*oleum animale Dippelii*) i są stałym składnikiem smoły węgli kamiennych. W ostatnich czasach poznano również sposób tworzenia tych połączeń drogą syntetyczną.

Głównymi reprezentantami tych zasad są pirydyn (C_5H_5N), pikolin (C_6H_7N), lepidyn ($C_{10}H_9N$), lutydyn (C_7H_9N) i parwolin ($C_9H_{13}N$). Należą tu również ciała w wodzie nierozpuszczalne, do grupy chinolinu (C_9H_7N) należące.

Podług doświadczeń M. Kendrika i Devara jak również E. Harnaka i H. Meyera działanie farmakodynamiczne wszystkich zasad pirydynu jest pod względem jakościowym jednakie, podczas gdy własności trujace tych ciał powiększają się w miarę wysokości punktu ich wrzenia. Doświadczenia tych autorów wykazały, że zasady te działają głównie na ośrodki umieszczone w rdzeniu przedłużonym i zbliżają się pod tym względem zupełnie do działania nikotyny. Doświadczeń tych dokonano na żabach (*rana esculenta*). Działanie zasad tych wyróżnia się tem od działania pikrotoksynu, że niektóre ośrodki, jak n. p. nerwu błędnego, zupełnie mu nie podlegają. Zasady pirydynowe działają również drażniąco na ośrodki motoryczne rdzenia, jakoteż na zakończenia mięśniowe nerwów.

W ostatnich czasach zajmował się szczegółowo temi połączeniami Germain Sée.

Doświadczenia nasze nad działaniem pirydynu i jego homologicznych związków wykazały, co następuje: U wszystkich zwierząt, którym wstrzykiwaliśmy podskórnie jedno z powyższych połączeń, spostrzegaliśmy bezmocz znacznego stopnia, występujący u psów po wstrzyknięciu jednej strzykawki lub nawet 3 do 5 podziałek pikolinu. U świnek morskich wystarczyło do tego $1^1/_2$ podziałki pikolinu lub lutydynu. Bezmocz utrzymywał się u psów po jednej dawce przez 24 do 36 godzin, u świnek morskich nierównie dłużej, szczególnie po pikolinie. Drugim objawem u tych zwierząt były wymioty, występujące zwłaszcza pod koniec, kiedy podana trucizna wywoływała śmierć, co widzieliśmy szczególnie u świnek morskich, bardzo wrażliwych na działanie tych zasad. Psy okazywały się w ogóle odporniejszemi na działanie pirydynu, gdy małemi dawkami pikolinu i lutydynu wywołać u nich można mocne objawy otrucia. Trzecim wreszcie objawem po każdem wstrzyknięciu była śpiączka przechodząca pod koniec w *coma*. Śpiączkę tę obserwowaliśmy u wszystkich świnek morskich, zostających pod działaniem jednego z tych połączeń; u psów zaś występował ten objaw jedynie po pikolinie i po *oleum animale*, zawierającym, jak wiadomo, znaczną ilość zasad pirydynowych.

Przebieg zatrucia zasadami pirydynu przypomina więc w zupełności przebieg kliniczny oparzenia, szczególnie w przypadkach zejściem śmiertelnem zakończonych. Śpiączka, bezmocz i wymioty, oto objawy przedstawiające bardzo dokładnie przebieg chorobowy tak w jednym, jakoteż i w drugim przypadku. Zachodzi jednak pytanie, czy we wszystkich ciężkich przypadkach oparzeń możemy przyczynę śmierci odnieść do trującego działania połączeń pirydynowych? Chodzi tu mianowicie o przypadki tak zwanego oparzenia w ścisłem tego słowa znaczeniu (*Verbrühung*) w przeciwstawieniu do spalenia rzeczywistego (*Verbrennung*). Jeżeli zważymy, że połączenia pirydynu potrzebują do utworzenia się pewnej, bardzo znacznej ciepłoty, której niebrak z pewnością w przypadkach spalenia, t. j. tam, gdzie organizm przez czas dłuższy pozostaje pod wpływem wysokiej ciepłoty (wyżej 100° C.), to wytłómaczyć musimy, w jaki sposób powstać mogą te ciała w tak zwanych oparzeniach powstałych na przykład przez oblanie ciała kipiącą wodą, gdzie zatem ciepłota działająca nie przekroczyła 100 stopni? I tu jednak nie trudno wytłómaczyć powstania podobnych połączeń. Wiadomo bowiem, że zasady pirydynowe powstają oprócz powyższego sposobu, t. j. przez poddanie ciał organicznych, zatem także tkanki zwierzęcej, działaniu wysokiej ciepłoty, także drogą czysto syntetyczną, t. j. jeżeli na aldehydy lub ketony grupy tłuszczowej działamy amoniakiem lub ciałami amoniak wydzielającemi, jakoteż pierwszorzędnemi zasadami tłuszczowemi i to już w zwyczajnej lub też nieco wyższej ciepłocie. W ten to sposób powstaje przez ogrzanie akroleiny lub gliceryny z amoniakiem metylpirydyn czyli pikolin. Nie potrzebuję dodawać, że w oparzeniach znajdują się z pewnością warunki do powstania połączeń pirydynowych na tej drodze, t j. w przypadkach, gdzie wysokość działającej ciepłoty nie pozwalałaby się tego spodziewać.

Dla uzupełnienia nadmienić tu muszę jeszcze jedną okoliczność, zostającą w ścisłym związku z dotychczasowymi wynikami popierającymi tę teoryę. Mam tu na myśli rezultaty badania anatomo-patologicznego organów wewnętrznych

ludzi zmarłych z oparzenia. Zmian patologicznych, oprócz tych, o których wspominałem już na początku swojej pracy, a które nie wykazują wcale nic charakterystycznego, nie znajdujemy żadnych. Badano natomiast płyn wyciśnięty z trzew jamy brzusznej a mianowicie wątroby, śledziony i nerek. Płyn ten odznaczał się wonią, cechującą ciała przyswędkowe; nie była to woń pirydynu, ale zbliżona więcej do woni oleju zwierzęcego Dippla a występowała wyraźniej po przekropleniu płynu za dodaniem alkaliów.

Rozważywszy po kolei dotychczasowe rezultaty badania moczu we wszystkich przypadkach, którymi mogłem rozporządzać, jakoteż z drugiej strony zebrawszy wszystkie objawy zatrucia zasadami pirydynowymi, przychodzę do wniosku, że wszystkie szczegóły kliniczne, obserwowane w przypadkach ciężkich oparzeń, a nie dające się wytłómaczyć żadną sprawą patologiczną, wikłającą właściwą sprawę chorobową, należy odnieść do działania powyższych połączeń chemicznych. Powikłaniami właściwej sprawy chorobowej, są najczęściej posocznica (*septicaemia*), ropnica (*pyaemia*), ale wtedy i obraz chorobowy zbacza zawsze od normy, zacierając nam właściwe objawy otrucia.

Z zapatrywaniem tem zgadza się również w zupełności ta okoliczność, że własności trujące moczu wzmagają się za każdym razem, jeżeli stan chorego się polepsza, gdy przeciwnie mocz traci owe własności wymienione, skoro tylko sprawa chorobowa przybiera cechy groźniejsze. Widzimy, że ustrój, przeładowany istotą chorobotwórczą, stara się uwolnić od niej, wydzielając ją ze siebie drogami moczowemi i stósownie do tego z wielkiej ilości połączeń trujących w moczu wnosić możemy, że ustrój pozbył się w znacznej części krążącego w nim jadu, gdy przeciwnie mocz nieszkodliwie działający wskazuje na nadmierne przeładowanie krwi trującymi składnikami.

Skreśliwszy w krótkości wyniki zebrane z dotychczasowej pracy w powyższym przedmiocie, chciałbym w myśl tej teoryi przytoczyć pewne wskazówki ze stanowiska leczniczego. Nie znając dotychczas środków przeciwdziałających lub znoszących działanie zasad pirydynowych, których użycie byłoby przedewszystkiem wskazane, ograniczyć się musimy jedynie do środków, których zadaniem byłoby uwolnienie organizmu od krążącego w nim jadu a z drugiej strony przeszkodzenie wessaniu tegoż jadu od zewnątrz. Pierwsze zadanie spełniałby upust krwi z następowem wlaniem roztworu chlorku sodu; drugiemu zadaniu odpowiadałoby dokładne oddalenie mas martwinowych ze spalenia powstałych, jako pierwotnych ognisk wytwarzających się ciał trujących, które z tych miejsc ulegają wessaniu. Ostatniemu zadaniu odpowiedziećby można jednak chyba w tych tylko przypadkach, w których masy martwinowe nie zajmują zbyt wielkich obszarów, bo wtedy o postępowaniu podobnem myśleć prawie nie podobna. Zabiegi te zalecałyby się przedewszystkiem w przypadkach zupełnie świeżych, t. j. nie później, niż w kilka godzin po oparzeniu, w ogóle w czasie, zanim pojawią się u chorych przypady groźne wymiotowania i śpiączki, wtedy bowiem uważamy z reguły chorego za straconego, polegając na wytrawnem doświadczeniu w tej mierze Hebry i Kaposiego, którzy podają, że nie widzieli ani jednego przypadku wyzdrowienia takich chorych, którzy chociaż aby raz tylko wymiotowali. Uwzględnić tu należy także trudności infuzyi u chorych z ciężkimi i bardzo rozległemi oparzeniami, jak również u chorych kachektycznych lub niedokrewnych, gdzie sam już upust większej ilości krwi zagrażałby ich życiu. W podobnych przypadkach rozstrzygnięcie o sposobie odpowiedniego postępowania pozostawia się lekarzowi.

Kończąc tę pracę, zastrzegam się stanowczo, jakobym objawy kliniczne każdego oparzenia odnosił do działania ciał przyswędkowych; myślą moją było tylko zwrócić uwagę na te przypadki, w których przebiegu choroby ani wystąpieniem wstrząsu (Shock), ani posocznicą ani żadnemi przypadami towarzyszącymi wytłómaczyć nie jesteśmy w stanie. W tych to właśnie przypadkach znaczną część zjawisk chorobowych, jak sądzę, przypisaćby można wyżej wspomnianym połączeniom organicznym.

III. Kilka uwag w sprawie protokołów oględzin sądowo-lekarskich i orzeczeń.

Napisał

Dr. Leon Wachholz,

asystent katedry medycyny sądowej i lekarz sądowy.

Jednem z najczęstszych a równocześnie najtrudniejszych zajęć sądowo-lekarskich są oględziny sądowo-lekarskie osób cieleśnie poszkodowanych, zwłok ludzkich i t. d. i orzeczenia z oględzin tych wypadające. Że zadanie to jest bezsprzecznie trudnem, wypada już z tego, że lekarz spotyka się nierzadko z zagadnieniami, na które umiejętność lekarska albo nie może podać wyjaśnienia albo przedstawia je tylko w domysłach i teoryach.

Często jednak staje lekarz w obec zagadki pozornej, której rozwiązanie wymaga tylko spokojnego a trzeźwego namysłu. Niestety nieraz nie ma lekarz czasu potrzebnego do spokojnego namysłu mimo swej najlepszej woli i wówczas to powstają orzeczenia opaczne, nazbyt stanowcze a z istotnym stanem rzeczy niezgodne.

Orzeczenia tego rodzaju, mieszczące w sobie ustępy niejasne, nieraz z wywodem oględzin sprzeczne, zmuszają sąd w myśl obowiązującej ustawy o postępowaniu karnem do wezwania nowych znawców, którzy mają często już jedynie tylko na zasadzie opisu oględzin dokonanych przez pierwszych znawców, wydać orzeczenie ponowne. Jakżeż często i to ponowne orzeczenie nie zadowalnia sędziego lub w rażącej zostaje z pierwszem sprzeczności tak, iż sprawę musi rozstrzygnąć opinia Wydziału lekarskiego!

Jeszczeć to łatwiej jest znawcom drugim, z kolei do wydania swego sądu wezwanym, podać swe orzeczenie, jeźli przedmiot oględzin nie uległ znacznym zmianom pod działaniem czasu, który upłynął między oględzinami i wydaniem orzeczenia przez pierwszych a potem drugich znawców; lecz trudno a nierzadko wprost nie można wydać orzeczenia powtórnego, gdy przedmiot oględzin n. p. zwłoki ludzkie uległy tak znacznym przemianom, iż na oględzinach ich ponownych zupełnie polegać nie można.

W podobnych przypadkach musi znawca następny oprzeć się jedynie na wywodach oględzin podanych przez znawców pierwszych. Rzadko jednak można się spotkać z wywodem oględzin, któryby niezależnie od podmiotowych zapatrywań się autora na sprawę malował wiernie i niewolniczo znaleziony stan istotny w chwili badania.

Dziwnem zaiste jest zjawisko, spotykane niemal codziennie w praktyce lekarskiej, nawet już w czasie studyów lekarskich u uczniów, iż nic takiej trudności nie sprawia, jak

przedmiotowe i wierne opisanie tego, co się w danej chwili widzi własnemi oczyma. Uczeń, jakoby gardził pomocą wzroku w badaniu i ufny jedynie w zmysł dotyku, zaraz z samego początku badania nim się posługuje. Wada ta często w skutkach stanowcza nie da się wykorzenić wyraźnemi wskazówkami w podręcznikach dyagnostycznych, iż zawsze badanie za pomocą dotyku należy poprzedzić obejrzeniem t j. oględzinami w dosłownem brzmieniu tego słowa. A wszakżeż codziennie spotykamy się z chorobami, które prawie wyłącznie tylko za pomocą wzroku rozpoznajemy: są niemi choroby skórne.

Internista, chirurg nieocenione szczegóły rozeznawcze czerpie z badania wzrokiem. Dotąd tkwią mi żywo w pamięci ustawicznie z katedry głoszone uwagi prof. Rydygiera, które prawie bezskutecznie starają się skłonić do zużytkowania wzroku w początku badania każdego chirurgicznego przypadku. Badanie za pomocą wzroku jest nieocenionem nietylko dla lekarza chorób wewnętrznych, chirurga, lecz także i to w pierwszym może rzędzie i dla anatomo-patologa. A zważywszy, że lekarz sądowy jest zarówno anatomo-patologiem, gdy robi sekcyę sądową, jak i chirurgiem, internistą i t. d. gdy bada przed sądem żywego człowieka, to łatwo możemy się przekonać, jak ważnem jest dla niego badanie za pomocą wzroku.

I przy sekcyach spotykamy się z tem samem lekceważeniem pomocy, jakiej nam wzrok użycza. Jako asystent zakładu medycyny sądowej spotykam się bardzo często z tą wadą. Uczeń dobywszy n. p. płuca z klatki piersiowej, spieszy się z ich rozcięciem, pomijając obejrzenie ich powierzchni; uzyskany przekrój nie darzy spojrzeniem, lecz zatapia brzuśce swych palców w miąższ, aby się przekonać o jego zbitości. Naturalnie, że nieraz mogłoby w ten sposób zniszczeć jedyne ognisko zapalne, stanowiące n. p. w zwłokach dziecka wyłączną przyczynę śmierci. Otóż zaniedbywanie tego cennego a często jedynego sposobu rozpoznawczego, staje się przyczyną niedokładności i niejasności w wywodach oględzin sądowo-lekarskich i co z tego wypada, niejasności lub rozminięcia się z prawdą w orzeczeniu.

Na zasadzie niedokładnego wywodu oględzin nie jest w stanie następny znawca a nawet Wydział lekarski wydać zgodnego z istotnym stanem rzeczy sądu. Tej to okoliczności przypisać należy, iż głośne w swych czasach rozprawy: węgierska Estery Solymossy i nasza łuczańska Franciszki Mnichównej nie dotarły do wyświecenia istotnej prawdy.

Obok tej wady co dopiero wspomnianej przyczynia się także do niedokładności opisu oględzin niewystarczające wykształcenie się uczniów w praktycznem zastosowaniu medycyny sądowej. — Średni uczeń korzysta tylko przez jedno półrocze z oględzin i sekcyj sądowych, przeważnie zaś tak zwanych policyjno-sanitarnych. Ale i tu nawał zajęcia codziennego nie dozwala uczniowi skorzystać tak, jakby należało a nadto uczeń, uczęszczający na wykłady z medycyny sądowej (piąty rok), kierując się względem praktycznym, iż bliższy egzamin drugi ścisły, wymagający znajomości anatomii patologicznej niż praktyka lekarska wraz z lekarsko-sądową, nie zwraca uwagi na sposób dyktowania opisu oględzin i wynikającego ztąd orzeczenia, lecz skwapliwie chwyta tylko obrazy anatomiczne.

W ten sposób zaniedbując właściwych korzyści spotyka się w późniejszej swej praktyce głównie na prowincyi z rzeczą dla siebie zupełnie nową, której wedle sił stara się podołać. Niewypróbowane siły jednak zawodzą mimo najlepszych chęci.

Nie obeznany z formą i sposobem opisywania zmian w ciągu badania napotykanych, podaje często młody lekarz sądowy na prowincyi wywód swych oględzin nie w formie opisu wiernego i dla nielekarza zrozumiałego, lecz w formie gotowego swego podmiotowego sądu, w formie anatomo-patologicznego rozpoznania. Naturalną jest rzeczą, iż wywód taki znawcom następnym i Wydziałowi mało się przyda do wydania opinii. A zważyć tutaj trzeba i tę doniosłą okoliczność, iż nierzadko lekarz, robiący n. p. oględziny i sekcyą sądową zwłok, pozostaje z powodu braku wprawy i doświadczenia pod wpływem doniesienia sądowego i różnych wskazówek tyczących się istoty sprawy. O ile wskazówki takie, wypadające n. p. z zarządzonego przez sąd śledztwa sądowego, mogą znakomite oddać usługi dla orzeczenia, zwłaszcza, co się tyczy sposobu, w jakim n. p. czyn karygodny spełniono, i to lekarzowi sądowemu posiadającemu już pewną wprawę i doświadczenie, o tyle znowu wskazówki te dla lekarza niewprawnego mogą się stać w drodze niejako suggestyi nicią przewodnią w toku oględzin, szkłami, przez które patrząc z pewnem mimowiednem uprzedzeniem, wszystko, co się przedstawia jego oczom inaczej widzi, widziane inaczej opisuje, inaczej orzeka, niżliby to odpowiadało istotnemu stanowi rzeczy.

Tak jak anatomo-patolog, gdyby robiąc sekcyę naukową, niewolniczo kierował się rozpoznaniem za życia, uległby łatwo pomyłce w rozpoznaniu, poddając ścisłemu badaniu tylko te narządy, w których za życia zmian się dopatrywano, tak i lekarz sądowy, kierujący się ślepo danemi wskazówkami, z prawdą nieraz rozmija się w swem orzeczeniu.

Alfons Jaumes, profesor medycyny sądowej w Montpellier, wyraża się o orzeczeniach lekarskich w sposób następujący: „les opinions de l'expert doivent être independantes des lois et de l'arbitraire et n'avoir pour base que la nature des faits“ [1])

Jako dowód, iż bardzo często lekarze obducenci ulegają wpływom wskazówek sobie udzielonych ze szkodą przedstawienia istotnego stanu rzeczy w wywodach oględzin i orzeczeniach, posłużyć mogą bogate serye orzeczeń Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. ogłaszane przez prof. Dra Halbana. A przecież nie trzeba koniecznie rozczytać się w romansach, osnutych na tle aktów kryminalnych, n. p. przez autorów jak Gaboriau i t. d., aby się przekonać, iż mogą być łudzące prawdę poszlaki w sprawach karnych, przemawiające za karygodną istotą czynu, gdy przecież dokładniejsze rozpatrzenie się w sprawie i śledztwo w tej mierze usuwają potem poszlaki te jako nieprawdziwe.

Rzecz tę najlepiej wytłómaczy przykład. W 38. numerze *Przeglądu Lek.* ogłasza prof. Dr. Halban orzeczenie Wydziału lekarskiego w sprawie dzieciobójstwa popełnionego na dziecku ślubnem. Znawcy, którym powierzono oględziny i zrobienie sekcyi zwłok dziecka, z rzadką stanowczością wygłaszają wyrok potępiający matkę, mimo iż nie mają do tego podstawy wobec znacznej zgnilizny.

---

[1]) Orzeczenia znawcy powinny być niezależnemi od ustaw i dowolności i winny mieć za podstawę nic jak tylko samą przyrodę faktu. *Les exigences de la médecine légale. Montpellier* 1875.

Sami z sobą będąc w sprzeczności, opisują płuca jako gazem nie rozdęte, klatki piersiowej nie wypełniające, do kręgosłupa przyparte, opisują znaczny postęp zgnilizny, ale przedmiotowo znaleziony stan rzeczy im nie wystarcza, przekonanie z góry wyrobione o popełnieniu dzieciobójstwa nakazuje im wydać stanowcze orzeczenie w sprawie rozstrzygnąć się nie dającej; przekonanie to nadto pozwala im twierdzić, iż płuca noworodka zawierają mało powietrza, choć najprawdopodobniej mniemane to powietrze było gazem gnilnym.

Lekarz robi sekcyę sądową zwłok osoby podeszłej, którą wedle doniesienia sądowego pozbawiono życia w skrytobójczy sposób. Podczas oględzin znajduje lekarz kilka sińców na powłokach czaszkowych i kilka powierzchownych otarć przyskórka, przemawiających po części za gwałtem.

Całość obrazu anatomicznego przedstawia bardzo częste zmiany patologiczne, mianowicie przerost serca, zwłaszcza lewego, znacznego stopnia miażdżycę tętnicy głównej i tętnic obwodowych, nerkę miażdżycową, znaczny obrzęk ostry płuca.

Lekarz, ulegając wpływowi doniesienia sądowego, zarzuca cały obraz anatomiczny, który byłby może w stanie wyjaśnić przyczynę śmierci, i orzeka, że przyczyny śmierci należy upatrywać w przekrwieniu mózgu znacznego stopnia, wywołanem uderzeniami zadanemi w głowę denata. Gdy jednak po namyśle samemu lekarzowi wydaje się jego orzeczenie wątpliwem, stara się je sztucznie utwierdzić, dodając przypuszczenie, iż w tak znacznem przekrwieniu mogą powstać drobnowidowe wynaczynienia w mózgu. W dodatkowem tem orzeczeniu, zdaje się, że znawca ma na myśli prosówkowe tętniaczki, na które w znacznej miażdżycy tętnic zwrócili uwagę Charcot i Bouchard w r. 1868. Tętniaczki takie w tętnicach mózgu istnieją i dochodzą do średnicy milimetra, jednak w razie ich pęknięcia ognisko udarowe, jakkolwiek małe, nie może ujść oku obducenta. Ale mylny wniosek jeden rodzi w dalszem następstwie dalsze pomyłki.

Tak to przekonywująco wpływa na lekarza sądowego niedoświadczonego podejrzenie mieszczące się w doniesieniu sądowem co do istoty czynu. Lekarz sądowy nie powinien się w czynności swej krępować żadnemi podejrzeniami; jako zawodowo wykształcony badacz powinien jedynie najdokładniej i przedmiotowo wyczerpnąć materyał badaniu swemu powierzony, wywód tego badania w ten sam sposób opisać, wreszcie na zasadzie znalezionych zmian wydać swój sąd. Jeżli jednak mimo ścisłego badania nie doszedł do rezultatu, lub jeżli rezultat ten sam przez się nie wystarcza, wówczas należy mu poprzestać na orzeczeniu tymczasowem, wyrażając w niem, iż może śledztwo sądowe dopomoże mu do wydania więcej stanowczego sądu. A jeżli i wypadek śledztwa okaże się nieprzydatnym dla rozjaśnienia jego wątpliwości, wówczas nie powinien sobie za ujmę poczytywać, jeżli otwarcie wyzna, iż z powodu pewnych okoliczności, jakie w danym razie zachodzą, jak n. p. w przypadku przytoczonego dzieciobójstwa popełnionego na dziecku ślubnem, z powodu znacznego postępu zgnilizny, nie może dojść do jasnego wypadku. Mylnie pojęta ambicya nie powinna tu odgrywać roli, gdzie się rozchodzi o to, iż może być ukarany człowiek niewinny.

Możnaby bardzo wiele przedstawić przykładów z dwóch dotąd ogłoszonych seryj orzeczeń Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell., wskazujących, jak nieraz i wywód oględzin nosi na sobie piętno z góry wyrobionego o sprawie przekonania u znawcy, ale zbytby to przekroczyło rozmiary krótkiego tego roztrząśnienia.

W orzeczeniach mniej wprawnych lekarzy sądowych spotkać się można z dwiema głównemi wadami.

Zdarza się dość często, iż lekarz orzeczenie swe wydaje w nazbyt stanowczej formie. Jako dosadny przykład w tym względzie posłużyć nam może w numerze 17. *Przeglądu Lekarskiego* ogłoszone orzeczenie wydziałowe p. t.: „Wątpliwe dzieciobójstwo". To też znajdujemy w komentarzu przypadku tego p danym przez prof. Dra Halbana cenną uwagę dla lekarzy sądowych: „w takim przypadku pozostawia się ocenieniu sądu, czy zechce polegać na zeznaniu obwinionej lub nie . . .; dalej znawca lekarski posunąć się nie powinien, jeżli nie chce swej roli zamienić na rolę sędziego przysięgłego".

Drugą wadę upatrywać należy w powoływaniu się w orzeczeniach na odpowiednie paragrafy ustawy lub procedury karnej. Podawanie paragrafów ustawy i procedury karnej nie jest na miejscu i rzecz tę należy zostawić sędziemu, w którego zakres ona wchodzi. Rok na rok wytyka tę wadę w swych wykładach prof. Halban, niestety często bezskutecznie.

Lekarz sądowy niewprawny sądzi, iż cytowaniem paragrafów złoży imponujący dowód swej biegłości i znajomości kodeksu. Zdarza się nieraz, że na zaznajomienie się dokładne z ustawą lekarz poświęca swój czas ze szkodą właściwego zawodu.

Medycyna sądowa, to encyklopedya wiedzy lekarskiej zastósowana do potrzeb sądownictwa a nie encyklopedya wiedzy prawniczej. Medycyna sądowa, obejmując wszystkie gałęzie rozległej wiedzy lekarskiej, wymaga od dobrego lekarza sądowego obok sprytu, bystrości umysłu, głównie rozległego doświadczenia we wszystkich działach medycyny. A więc nie ten lekarz, który z pilnością godną lepszej sprawy, przebiega karty obowiązującego kodeksu i ustaw i studyuje je, zaniedbując natomiast obszar teoretycznej i praktycznej wiedzy lekarskiej, będzie dobrze uzdolnionym lekarzem sądowym, lecz przeciwnie ten, który tylko na gruncie ściśle lekarskim stojąc, wiadomości swe pracą w tym kierunku uzyskane sądowi oddaje na usługi. Pierwszy zmienia się w niepowołanego sędziego, oskarżyciela lub obrońcę lub nawet prawodawcę, drugi jest lekarzem wypełniającym obowiązki tej nauki, która służy sprawiedliwości. Znajomość ustaw krajowych przyda się każdemu, lecz tłómaczenie, badawcze roztrząsanie ich należy pozostawić osobom do tego powołanym; lekarz sądowy komentujący ustawy, czyni nad swe siły za wiele, a wytrawny francuzki lekarz sądowy Chaussier trafnie stósuje do tych lekarzy-prawników zdanie: *„qui trop embrasse, mal étreint"*.

IV. Oceny i sprawozdania.

C. Laker (docent w Gracu): **Die Heilerfolge der inneren Schleimhautmassage bei den chronischen Erkrankungen der Nase, des Rachens, des Ohres und des Kehlkopfes.** Graz, Leuschner & Lubensky 1892.

W dziełku o 103 stronnicach, podzielonem na 18 rozdziałów, podaje autor swe doświadczenia w leczeniu chorób nosa, krtani i uszu za pomocą t. zw. wibracyjnego mięsie-

nia błony śluzowej. Zachęcony świetnymi skutkami tego sposobu leczenia, jakie M. Braun przedstawił na IX. międzynarodowym kongresie lekarskim w Berlinie, stosował go autor przez 1½ roku w 300 przeszło przypadkach chorobowych, z których 33 wybitniejszych opisuje na końcu swej pracy. Wnioski, które stąd wysnuwa, są następujące: Dotychczasowa terapia chorób dróg oddechowych górnych, w szczególności przewlekłych nieżytów, czy to z przerostem, czy z zanikiem błony śluzowej, była niedostateczną i okazywała dużo braków. Dopiero zaprowadzone przez M. Brauna wewnętrzne mięsienie błony śluzowej daje rękojmię wyleczenia lub przynajmniej znacznego polepszenia. Technika tego rękoczynu jest bardzo trudna i wymaga nietylko znacznej wprawy, ale i pewnych wrodzonych lub wcześnie nabytych zdolności (!).

Wykonywa się zgłębnikiem umyślnie na ten cel sporządzonym, na którego koniec guziczkowato rozszerzony nawija się zwitek waty, zwilżając ją roztworem kokainy, maścią mentolową, wazeliną albo glicerynowym roztworem jodu. Wybór środka jest obojętny a skutek zawisł jedynie od umiejętnego wykonania mięsienia. Trzymając zgłębnik jak pióro wprowadza się go np. do jamy nosowej a skurczywszy mięśnie ramienia, wprawia się przedramię w regularne i jak najszybsze drgania, które się udzielają przez zgłębnik chorej błonie śluzowej. Stąd nazwa mięsienia wibracyjnego. Wśród tych drgań zgłębnik powinien kolejno dotykać się wszystkich schorzałych partyj. Dokładna znajomość stosunków topograficznych i patologicznych każdego tak leczonego przypadku jest koniecznie potrzebną. Autor używa zgłębnika w jamie nosowej bez oświetlenia, spuszczając się jedynie na zmysł dotyku, w krtani zaś pod przewodnictwem zwierciadełka. Mięsienie nietylko w przypadkach przerostu lub zaniku bywa uwieńczone zupełnym skutkiem, ale nie mniej dobrze działa na polipy nosowe, (przyczem jednak autor pętli i galwanokaustyki nie zarzuca), w rozroście tkanki gruczołowej, w zwątleniu (atonii) a nawet porażeniach więzadeł głosowych. Wreszcie podaje przypadek, w którym u 40 letniej pacyentki usunięto zupełnie twardy naciek tylnej ściany krtani i wrzód wielkości fasoli lewego więzadła głosowego po 19 posiedzeniach. (Szkoda tylko, że autor nie podaje bliżej przyrody cierpienia!)

Przez mięsienie wibracyjne tkanki schorzałe, głównie zaś ich naczynia krwionośne i limfatyczne uledz mają „przestrojowi (Umstimmung) w kierunku uzdrowienia". Zjawiska odruchowe jak nerwobóle, ból głowy połowiczy i dychawica znikają podczas leczenia rychło tak, że działanie ma być często „cudowne", a L. wyliczając wskazania lecznicze zapowiada, że w późniejszym czasie wyda nową patologią i terapią chorób nosa, w której opisze przebieg tych chorób podczas stosowania mięsienia wibracyjnego.

W ślad za L. kilku innych specyalistów doświadczało wewnętrznego mięsienia błon śluzowych nosa, gardziela i krtani. Zdania ich różnią się znacznie między sobą. Demme (*internat. Centralbl. f. Laryngologie* IX Nr. 1) nie podziela wprawdzie zachwytu L. i kładzie nacisk na często pojawiające się wskutek mięsienia krwotoki podśluzowe, sprawy zapalne na migdałkach a nawet pokłady włóknikowe na małżowinach nosowych; pomimo to mięsienie uważa za skuteczniejsze, niż dotychczasowe sposoby leczenia, szczególnie w przypadkach suchego nieżytu i owrzodzenia w nosie (*ozaena*). Garnault (*la Semaine médicale* 1892 Nr. 45) jest bezwzględnym zwolennikiem mięsienia wibracyjnego i upatruje w zaprowadzeniu tego sposobu zasadniczy postęp nauki. Do zwolenników zaliczają się jeszcze Masucci w Neapolu i Felici w Rzymie. Inaczej zapatruje się na tę kwestyą O. Chiari (*Wien. klin. Wochenschr.* 1892 Nr. 36, 43), który po 2 letniem stosowaniu mięsienia wibracyjnego streszcza swe doświadczenie w zdaniu „że mięsienie w niczem nie przewyższa umiejętnie wykonanego pędzlowania i stoi z niem co do wartości leczniczej na równi, a skutek zależy jedynie od wyboru środka lekarskiego, jakiego się przy tem używa i że w sposobie podanym przez Brauna i Lakera nową jest tylko nazwa i teorya". *Dr. Schoengut.*

J. Uffelmann: **Kurz gefastes Handbuch der Kinderheilkunde mit besonderer Rücksicht auf Aetiologie, Prophylaxis und hygienisch-diätetische Therapie.** Str. 462. Urban et Schwarzenberg. Wien und Leipzig 1893.

W przekonaniu „że higienę winno się przedewszystkiem uwzględniać w leczeniu dzieci a stósowanie jej przepisów nigdy może nie odnosi większego skutku, niż w wieku dziecięcym" podjął się Uf., znany z swych poprzednich prac higienik, napisania podręcznika pedyatryi.

Z tego założenia wychodząc kładzie U. największy nacisk w swym podręczniku na fizyologią dziecka jako podstawę dobrego rozpoznania choroby i należytego jej leczenia, na przyczyny chorób, na zapobieganie im, wreszcie na higieniczno-dyetetyczną terapię. W obszernym, bo 50 stronnic zajmującym wstępie znajdujemy szczegółowe dane tyczące się rozwoju dziecka zdrowego, dokładne wymiary długości i ciężaru ciała w rozmaitym wieku dziecka, poczem następuje higiena dziecka zdrowego (żywienie go, pielęgnowanie skóry i t. d.) a uporawszy się w ten sposób z osobnikiem zdrowym, kreśli dopiero w ogólnym zarysie symptomatologią, dyetetykę i ogólne leczenie osobnika chorego. Jako osobny dział traktuje autor choroby z wadliwego urządzenia szkół pochodzące, t. zw. choroby szkolne. Zalicza do nich: krótkowidzenie, skrzywienie kręgosłupa (skoliozę), ból głowy, krwawienie z nosa, ogólną nerwowość, wreszcie wól, wykazuje ich przyczyny, zestawia liczbowo ich pojawiania się i zupełnie słusznie kładzie w leczeniu tych chorób uwzględnienie przepisów higienicznych na pierwszem miejscu. Chociaż niewiele nowego znajdzie czytelnik pod względem anatomii patologicznej i symptomatologii, chociaż w leczeniu mało uwzględniono nowe środki lekarskie, to jednak mimo to wszystko musimy przyznać, że autor dzieląc się swem doświadczeniem i wprowadzając do podręcznika przepisy higieny, na które mało dotąd uważano, dobrze przysłużył się literaturze pedyatrycznej.

Zewnętrzna strona dziełka przedstawia się bardzo pięknie i przynosi prawdziwą chlubę nakładcom.

Dr. Raczyński.

Embryologia.

Prof. O. Hertwig (w Berlinie): **O dawniejszych i nowszych teoryach rozwoju.**

Mowa w rocznicę założenia zakładów naukowych dla lekarzy wojskowych. Berlin 1892.

Pomimo ogromnych postępów embryologii, zwłaszcza w drugiej połowie b. wieku, wiele zasadniczych punktów pozostaje dotychczas zupełnie nie wyjaśnionych. Zagłębiwszy się w samą istotę sprawy rozwoju, badając przyczyny i siły, które tu wchodzą w grę, dochodzimy do przekonania, że wiadomości nasze w tym kierunku są zerem. Jednem z takich zasadniczych zagadnień, które od najdawniejszych czasów przyrodników zajmowało, jest fakt, że jajko i komórka nasienia mają wszystkie własności i cechy, charakteryzujące ustrój rodziców; w jaki sposób własności rodziców przenoszą się na zarodki, w jaki sposób następnie własności te w jajku i plemniku niejako w zarodku zawarte, później rozwijają się dalej u dziecka, starano się wytłómaczyć za pomocą dwu teoryj: teoryi preformacyjnej czyli ewolucyjnej i teoryi epigenezy. Pierwsza datuje się od XVII wieku a hołdowali jej Strammerdam, Malpighi, Leuwenhoeck, Haller, Bonnet i Spallanzani; głosili oni, że zarodki w zupełności odpowiadają wykształconym ustrojom, że od samego początku powstania mieszczą się w nich wszystkie narządy i to w tem samem położeniu, jak w ustroju dojrzałym; są zaś niewidoczne dla tego, że po pierwsze wymiary ich są bardzo drobne, po drugie zaś znajdują się one w zarodku w stanie przeźroczystym. Charakterystyczną więc cechą teoryi tej jest to, że w ogóle nic nowego podczas rozwoju ustroju nie powstaje, wszystko zaś już od początku istnienia zarodka w ostatnim jest zawarte. Ztąd nazwa teoryi „preformacyjnej".

W połowie ubiegłego stulecia wystąpił Kacper Fryderyk Wolff ze swoją teoryą epigenezy: Wyszedł on z tego założenia, że to, co nie jest widocznem, nie istnieje w zarodku; że początkowo zarodek nie jest niczem innem, jak tylko nieorganizowaną wydzieliną narządów rodnych, która dopiero następnie organizuje się pod wpływem zapłodnienia. Obydwie te teorye miały swoje słabe strony i okazały się niedostatecznemi do wytłómaczenia wielu zjawisk pierwszorzędnej wagi.

Co się tyczy teoryi preformacyjnej, nastręczało się przedewszystkiem pytanie, gdzie właściwie szukać zarodka na leży, w jajku, czy w plemniku? Powstały dwie szkoły: owiści uważali za właściwy zarodek jajko, plemnik zaś tylko za bodziec rozwojowy dla niego; animalkuliści dopatrywali się w plemniku przez ówczesne, bardzo niedostateczne soczewki nietylko główki, lecz rąk, nóg i t. d., jajko zaś uważali jedynie za grunt odżywczy dla plemnika. Rozumując konsekwentnie w myśl teoryi preformacyjnej, trzeba było przyjąć, że w każdym zarodku mieszczą się zarazem zarodki wszystkich następnych generacyj; wyliczono nawet, że jajniki Ewy musiały zawierać, co najmniej, 20,000 milionów zarodków ludzkich. Słabą stroną teoryi epigenezy było to, że wyjaśnić nie zdołała, pod wpływem jakich sił w krótkim stosunkowo czasie z istoty nieorganicznej wytwarzał się ustrój podobny do ustroju rodzicielskiego. Blumenbach starał się wytłómaczyć fakt ten t. zw. popędem formacyjnym (*nisus formativus*) wydzielin rodnych; wprowadził jednak w ten sposób do nauki tylko wyraz.

Nowsze teorye rozwoju powstały dopiero w drugiej połowie bieżącego wieku na podstawie nowszych zdobyczy nauki w dziedzinie wiadomości naszych o komórce; podwalinami teoryj tych są następujące fakta: 1) że jajko i plemnik są komórkami, oddzielonemi od ustroju w celu rozpłodu i że dojrzały ustrój składa się z przeróżnych, do rozmaitych celów zastósowanych komórek; 2) że budowa samej komórki jest nadzwyczaj złożona, że przedstawia ona sama ustrój elementarny. Teorye te zbudowane na wspólnych podstawach opierają się na tem, że komórki rodne są złożone z drobnych cząsteczek, stanowiących niewidzialne zarodki wszystkich tych własności, które występują w ustroju podczas jego rozwoju. W dokładniejszej interpretacyi tego zasadniczego punktu wyjścia nowożytnych teoryj, różnią się między sobą autorowie i tu występuje znów ten sam stary spór, trwający już od wieków między zwolennikami teoryi preformacyjnej a teoryi epigenezy.

Doświadczenia podjęte w celu rozstrzygnięcia sporu tego są nadzwyczaj interesujące i dlatego przytacza mowca najważniejsze z nich. His, który się tą sprawą gorąco zajmował, wprowadził do embryologii zasadę narządotwórczych okolic zarodkowych (*organbildende Kernbezirke*). Dojrzały ustrój łatwo sprowadzić do stanu zarodkowego według Hisa w ten sposób, że wyobraziwszy sobie ustrój ten rozciętym podłużnie po stronie brzucha i rozłożonym na płasko, wówczas każdy narząd czy część narządu dojrzałego odpowiada jakiemuś punktowi płaskiego zarodka; materyał więc na dany narząd istnieje już w zarodku, tylko jeszcze nie jest morfologicznie wyosobniony. Jeżeli pójdziemy jeszcze dalej, to punkty takie, odpowiadające w późniejszym rozwoju pewnym organom, znajdziemy nietylko w zarodku, ale jeszcze w jajku zapłodnionem a nawet niezapłodnionem. His hołduje więc w ogóle teoryi ewolucyjnej z tą tylko różnicą, że przyjmuje cząsteczki materyi w tych miejscach jajka, w których według dawniejszego tłómaczenia znajdować się mają malutkie, przeźroczyste narządy.

Pflüger odparł wywody Hisa drogą doświadczenia, eksperymentując na jajkach żabich. Jajka te składają się z półkuli czarno zabarwionej i półkuli zabarwionej jasno żółto; po wrzuceniu do wody ustawia się jajko zawsze w ten sposób, że czarno zabarwiona połówka jest zwróconą do góry, jasna zaś na dół. Pierwszy podział komórki tej następuje zawsze w płaszczyźnie pionowej; dzieli więc jajko na 2 połowy, z których każda składa się z górnej czarnej i dolnej jasnej części. Położenie jajka w wodzie daje się zmienić; jajko takie można tak ustawić, że bieguny czarny i jasny leżą na linii poziomej; pierwszy podział następuje i w tym razie w płaszczyźnie pionowej i każda połówka składa się oczywiście z zupełnie odmiennej substancyi; pomimo to z takiego jajka powstaje zupełnie prawidłowy zarodek. Na zasadzie tych doświadczeń doszedł Pflüger do wniosku, że treść jajka nie jest tak uorganizowaną, by z danej cząstki treści tej powstawał w przyszłości dany narząd; w przeciwieństwie do zasady narządotwórczych okolic zarodkowych Hisa wprowadził on zasadę izotropii jajka. Tu zwyciężyła więc znowu teorya epigenetyczna.

Roux, według którego podział jajka tak się odbywa, że pierwszy podział dzieli zarodek na połowę prawą i lewą, drugi na część przednią i tylną, trzeci zaś na grzbietową i brzuszną, wykonał następujące doświadczenia: gdy jajko żabie już się podzieliło na dwie połowy, niszczył on rozpaloną igłą jedną połowę jajka; w wielu przypadkach nienaruszona połówka rozwijała się dalej i powstawał z niej połowiczny embryon; najczęściej w niedługim czasie powstawała i druga połowa zarodka przez sprawę, którą autor nazywa rozwojem następowym (*Postgeneration*). Z doświadczeń tych wyprowadza Roux wnioski, przemawiające za zapatrywaniami się Hisa a więc za teoryą ewolucyjną. Podobne doświadczenia przeprowadzili Chabry i Driesch, doszli oni jednak do wręcz przeciwnych wniosków jak Roux.

Driesch robił doświadczenia na jajkach echinodermatów; gdy jajko już się podzieliło na dwie połówki, za pomocą wstrząsania rozrywał on otoczkę jajka i wyławiał każdą połówkę jajka do oddzielnej rurki włosowatej. W 30 przypadkach rozwinęły się z takich połówek jajka całkowite embryony, różniące się od prawidłowych tylko tem, że były 2 razy od nich mniejsze. Z tych zaś jajek, których otoczki nie rozerwano, tylko ją rozciągnięto i rozluźniono ścisły związek przewężonych komórek, rozwinęły się bliźnięta. A więc w doświadczeniach Driescha zarodek, który się rozwinął z połówki jajka, nie był tworem połowiczym, jak w doświadczeniach Rouxa, tylko istotą całkowitą. To też i wnioski Driescha są wręcz przeciwne wnioskom Rouxa. W celu wyświetlenia tej ważnej kwestyi wykonał mówca szereg doświadczeń na jajkach trytona (*triton taeniatus* i *triton cristatus*). Gdy zapłodnione jajko odbyło już pierwszy swój podział na dwie połowy, przewiązywał Hertwig jedwabną nitką jajka te w płaszczyźnie podziału i pętlę zaciskał. Każda połówka rozwijała się dalej zupełnie prawidłowo; okazało się, że oś podłużna zarodka była zawsze w kierunku pionowym lub skośnym do płaszczyzny przewiązania; w jednym przypadku rozwinął się grzbiet zarodka na jednej stronie przepołowionego jajka. Wypadałoby więc, że w jajkach trytona pierwsza płaszczyzna podziału dzieli zarodek na część przednią i tylną, tak jak według Rouxa u żab na połowę prawą i lewą. Wniosek ten jest jednak fałszywym: na 493 jajek, badanych przez Rouxa w 24 pierwsza bruzda wypadła poprzecznie do osi podłużnej zarodka, w 13 zaś prawie poprzecznie. Roux nazywa to anachronizmami; trudno jednak przypuścić, by w tak doniosłych sprawach życiowych natura dopuszczała się anachronizmów. Jajko jest organizmem, dzielącym się na wiele, równoważnych mu ustrojów elementarnych, które wzajemnie działają na siebie i pod wpływem działania tego rozwija się ustrój. Osobne części ustroju rozwijają się w stałym związku z innemi częściami tegoż ustroju i rozwój ich zależy od rozwoju całości.

Wiele nowożytnych teoryj rozwojowych opiera się na tej podstawie; łączą one wogóle dawniejsze zasadnicze zapatrywania się zwolenników ewolucyi i epigenezy i zacierają w ten sposób ostateczność stanowisk, jakie do niedawna zajmowali przedstawiciele obydwu odwiecznych teoryj.

K. Klecki.

W. Filehne: **O hipnalu** (z Höchst).

Hipnal powstaje przez połączenie jednego atomu wodnika chloralu z jednym atomem antypiryny i ma własności uspakajające a zarazem usypiające. Ponieważ jest prawie bez smaku, można go więc podawać w wodzie w roztworze 1 na 10 lub też trochę dodać *Syr. cort. aurant.* Dawka dla

dorosłego wynosi 1—2 a nawet 3 gramy a działanie jego występuje już po 10—30 minutach. Ze 124 prób robionych z hipnalem przez Dra F. okazało się, że 27 razy nie działał wcale, w 20 zaś razach działanie jego nie było dostateczne. W przypadkach znacznego niepokoju i wzburzenia działa niepewnie, natomiast w lżejszych przypadkach, w stałej bezsenności, pląsawicy i początkach obłędu opilczego (*delirium tremens*) skutek bywa dobry. Podać go można w ten sposób:

Rp. *Hypnali* (*Höchst*) 1·0
f. pulv. D. tal. dos. Nr. X.
S. Na noc jeden lub dwa proszki zażyć.

albo też Rp. *Hypnali* 10·0
solve in aqu. destill. 80·0
Syr. cort. aurant 20·0
DS. Na noc łyżkę zażyć (czyli 1·5 hipnalu na dawkę).

(*Berl. klin. Wschrft.* Nr. 5, 1893). *Dr. J. Surzycki.*

Fizyologija.

M. G. Kurłow: **O zmianach w krwi świnek morskich w drugim roku, po całkowitem wycięciu śledziony.**

Badanie krwi w ostatnich czasach a szczególnie zaznajomienie się z niektóremi własnościami ciałek białych, wydało wiele prac godnych uwagi.

Prawie powszechnie przyjęto twierdzenie, że ciałka krwi białe pochodzą z rozmaitych miejsc, mianowicie: limfocyty z limfatycznych gruczołów, ziarniste wielojądrowe komórki ze szpiku kostnego, duże zaś jednojądrowe ze śledziony. Kurłow zgadza się na dwa pierwsze twierdzenia, lecz sądzi na podstawie zbadania krwi u świnek pozbawionych tegoż organu, że pochodzenie ostatnich ze śledziony jest co najmniej wątpliwem.

W pierwszej części swej pracy Kurłow polemizuje z pracą Uskowa, który przeczy wyżej wspomnianym poglądom, twierdząc, że to są twory jednego pochodzenia, różniące się li tylko stopniem dojrzałości.

W drugiej części autor omawia zmiany zaszłe we krwi u świnek pozbawionych śledziony w ciągu pierwszego roku (rezultaty te ogłoszone były dawniej we *Wraczu* 1889. Nr. 23 i 24.); później zaś opisuje świeże badania krwi, zrobione w ciągu drugiego roku u 4 innych zwierząt. Do liczenia ciałek krwi posługiwał się Kurłow przyrządem Thoma-Zeissa; preparaty wysuszonej krwi barwił podług Erlicha i w ten sposób oznaczał stosunek pomiędzy limfocytami (pseudoeozynofilowemi), dużemi jednojądrowemi (eozynofilowemi) i wielojądrowemi (nigrozynofilowemi) komórkami; do liczenia zaś tych odmian białych ciałek, Kurłow używał ruchomego stolika, dla oznaczenia wielkości przejrzanego preparatu.

U czterech świnek pozbawionych śledziony, w pierwszym roku dostrzegł autor szybko rozwijającą się leukocytozę, szczególniej, jeśli po operacyi następowało ropienie. Oznaczając zaś rozmaite odmiany białych ciałek, znajdował zawsze powiększenie komórek ziarnistych, wielojądrowych, najbardziej zaś pseudoeozynofilowych, odpowiadających wielojądrowym ciałkom krwi człowieka. Chcąc poznać bliżej przyczyny tej leukocytozy, autor wstrzykiwał tymże zwierzętom hodowle ropnych mikroorganizmów i spostrzegał zwykle pomnożenie się ziarnistych leukocytów; wtenczas szczególnie wzrastała liczba wielojądrowych komórek (przyrost ich po 30 godzinach był bowiem 3.680—4.903 w 1 sz. mm), tymczasem ilość innych białych ciałek krwi była tylko nieznacznie i to nie zawsze powiększona, gdyż ogólny przyrost w tymże czasie wynosił od 3800 do 5500. Później K. wstrzykiwał wyjałowione przez gorąco hodowle tychże mikrobów, poczem także zwiększała się (z 4620 do 7814) ilość ziarnistych wielojądrowych komórek. A więc leukocytoza ropna jest następstwem chemicznych produktów wymiany tych bakteryi. Na korzyść podobnego tłómaczenia rzeczy przemawiają spostrzeżenia Römera[1]) i Czystowicza[2]). Pierwszy po wstrzyknięciu proteinów, otrzymanych (podług Nenckiego i Büchnera) z rozmaitych hodowli bakteryj widział rozwijającą się leukocytozę; Czystowicz zaś, wstrzyknąwszy tuberkulinę suchotnikom, obserwował również przyrost wielojądrowych komórek. Do tego gatunku leukocytoz można także zaliczyć, opisane przez Büchnera, Langego i Römera wywołane alkalicznemi albuminatami, wydobytemi z komórek zwierzęcych i roślinnych. Na tej zasadzie wnosi K., że pseudoeozynofilna leukocytoza, rozwijająca się u bezśledziennych świnek, jest następstwem chemotaktycznych własności bakteryj i produktami ich rozkładu. Taka leukocytoza powstaje u normalnych jak i u bezśledziennych świnek; a więc na wytawrzanie jej śledziona nie ma wpływu. Charakterystycznym przeto objawem u świnek, po odjęciu tegoż organu w ciągu pierwszego roku, jest pomnożenie limfocytów, któremu towarzyszy powiększenie limfatycznych gruczołów.

Dalej Kurłow, badając krew czterech innych świnek pod koniec drugiego roku, ze zdziwieniem spostrzegł, że ilość limfocytów znacznie obniżyła się a gruczoły limfatyczne z trudnością tylko można było odszukać. Lecz najbardziej interesującym objawem w tym czasie było znaczne powiększenie się liczby eozynofilnych ciałek krwi (z 213 do 4999 czyli 23 razy więcej).

Wiadomo, że ilość ciałek krwi eozynofilnych u zdrowego człowieka ulega nieznacznym wahaniom, gdyż podług Canona od 0,3 do 4.2%. W wielu zaś, jako to w białaczce (leukemii Erlich, Spiling, Schwarze i inni), w płonicy (Koczetkow), procent tychże ciałek krwi znacznie wzrasta. To samo zauważył Canon w rozmaitych ostrych przewlekłych osutkach a Anc w kile. Dalsze badania (Gabryczewskiego, Finka, Fr. Müllera, Noordena i innych) dowiodły, że w dusznicy oskrzelowej, również następuje pomnożenie się eozynofilnych ciałek. Podobnego rodzaju objawy wywołują niektóre chemiczne związki, jak n. p. chinina, kamfora i t. d.

Za ogólną przyczynę wszystkich leukocytoz Kurłow podaje nagromadzenie się chemotaktycznych ciał we krwi, które mogą być wytworami wymiany bakteryj albo też rozkładu komórek. U bezśledziennych więc zwierząt gromadzą się w organizmie substancye, posiadające własności chemotaktyczne, które w prawidłowych warunkach śledziona niszczy lub zatrzymuje. Za tem tłómaczeniem przemawia, podług K., dziwna budowa śledziony, szczególnie zaś jej ukrwienie i bez wątpienia spotykana w tymże narządzie sprawa niszczenia czerwonych ciałek krwi, jak również i bogactwo tego organu w substancye wyciągowe i połączenia chemiczne, przedstawiające wyższe stopnie utlenienia białka.

Po wyjęciu więc śledziony zbierają się we krwi chemotaktyczne substancye, a pod ich wpływem powiększa się ilość limfocytów i jednocześnie postępuje rozrost gruczołów limfatycznych. Gdy jednakże czynność tych gruczołów stopniowo się osłabi (?), ilość limfocytów znów się zmniejsza, a z ich zmniejszeniem powstaje rozdrażnienie szpiku kostnego, wywołane przez nowo tworzące się ciała chemotaktyczne. To rozdrażnienie więc wpływa na powiększenie produkcyi wielojądrowych eozynofilnych ciałek krwi, co się zdarza pod koniec drugiego roku. Być może, że zdolność produkcyjna szpiku kostnego także się osłabia, gdyż pod koniec tego okresu ilość czerwonych ciałek się zmniejsza i pomiędzy niemi zaczynają przeważać tak zwane mikrocyty. Również wtedy można często widzieć ciałka krwi czerwone z jądrami, tak rzadko obserwowane u zwierząt ssących zdrowych.

Sekcya tych bezśledziennych świnek pod koniec drugiego roku, wykazała rozpulchnienie, rozpłynienie i zaczerwienienie szpiku kostnego a w nim znaczne powiększenie się ilości eozynofilnych ciałek (badanej na suchych preparatach), pęcherz zaś żółciowy rozdęty i napełniony bardzo jasną żółcią. (*Wracz.* T. XIII. Nr. 19 s. 469 1892.)

W. Sobierański (*w Marburgu*).

[1]) *Berliner klinische Wochenschrift* 1891 Nr. 36 i 51.
[2]) *Berliner klinische Wochenschrift* 1891 Nr. 34.

Terapija.

Zastosowanie ruchu drgającego (wibracyi) w medycynie.

W r. 1878 wpadł Dr. Vigoureux [1]) na myśl zbadania, jaki wpływ wywiera ruch drgający na pewne choroby nerwowe. Doświadczenia jego dokonywane za pomocą wielkiego strojnika (*diapasonu*) okazały znakomity wpływ u histeryczek: znieczulenia połowicze i kontraktury znikały prawie natychmiastowo. Dalsze próby w tym kierunku podjął w r. 1880 Boudet [2]) w Paryżu i starał się zbadać, jaki wpływ wywierają wibracye stósowane miejscowo na małej przestrzeni. W tym też celu do deseczki, do której przymocowany był strojnik, w miejscu, gdzie były drgania najmocniejsze, przyczepiał pręcik miedziany, zakończony płytką.

Strojnik wprawiano w ruch prądem elektrycznym. Płytka owa przyłożona do skóry człowieka zdrowego, wywoływała w chwili, gdy strojnik był w ruchu, znaczne znieczulenie, dające się nieraz utrzymać przez przeciąg 20 minut. Znieczulenie to występywało tem wybitniej i rychlej, im miejsce to było bliżej gałązki nerwu czuciowego, im mniejsza była podściółka tłuszczowa a twardsza podstawa. Największy też skutek otrzymywał na czole, dziąsłach i wyrostkach sutkowych (*processus mastoidei*).

Wibracye te w przypadkach bólów nerwowych, szczególnie nerwu troistego, znakomite oddawały usługi. Nie mniej zbawienny wpływ widział autor w bólu głowy połowiczym, gdzie ruch drgający przeniesiony ze strojnika już po kilku minutach uśmierzał i powstrzymywał napad.

Sposób ten równocześnie a nawet wcześniej już stósował Dr. Mortimer Granville w Londynie a Morcelli w Turynie.

W r. 1883 podał Granville obszerne sprawozdanie ze swoich obserwacyj, dołączając opis swego przyrządu „*clocwork percuteur*).

Przyrząd miał osobny mechanizm do wprawiania w ruch strojnika; płytkę zaś, która drgania na ciało przenosiła, można było zastąpić guzikiem, szczoteczką lub młotkiem stósownie do tego, na jaką powierzchnię lub w jaki sposób chciano zastosować drgania. Można było nawet przyrząd połączyć z naczyniem napełnionem wodą, która mogła przenosić drgania na wielką powierzchnię ciała n. p. na nogi.

Rezultaty znakomite otrzymywał on w bólach nerwowych, neurastenii mózgowej, czy to rdzeniowej, migrenie i bezsenności.

W najnowszych czasach zaś zwrócił uwagę Charcot na zbawienny wpływ ruchu, jakiego doznawali chorzy na drżączkę (*paralysis agitans*) w czasie długiej podróży koleją żelazną.

Jeden z jego uczniów Dr. Jegu podjął był szereg doświadczeń, by tę sprawę wyświecić naukowo i zastósować w medycynie. Z pomocą p. Solignaca zbudował on fotel, który za pomocą elektryczności wprawiony w ruch, zupełnie imituje wrażenie, jakiego się doznaje w czasie podróży koleją żelazną. Fotel szybko bardzo obraca się równocześnie na dwu osiach, koło osi przodo tylnej i drugiej bocznej. — Dwa te ruchy skombinowane wydają rodzaj wibracyi przypominającej żywo ruch w wagonie.

Przedwczesna śmierć nie pozwoliła Dr. Jegu przeprowadzić swych obserwacyj; podjął je więc Dr. Gilles de la Tourette. Obserwacye jego odnoszą się do 8 chorych, sześciu mężczyzn i dwu kobiet. Przekonano się, że sposób ten przynosił chorym wielką ulgę, dającą się spostrzedz już po 5—6 posiedzeniu. Chory zaraz po zstąpieniu z fotelu czuł się znacznie lżejszym, czuł, że jego sztywność znikała a chód się poprawiał. Bezsenność nie pojawiała się więcej, drżenie jednak, z wyjątkiem jednego tylko przypadku, utrzymywało się nadal. Nie można zatem tej metodzie przypisać znaczenia leczniczego w chorobie Parkinsona, jednak i to już dużo znaczy, gdyby można choremu przynieść ulgę. Posiedzenia odbywały się a raczej odbywać powinny codziennie po 20 minut. Dalsze doświadczenia są w toku.

[1]) Progrès medical. 1878.

[2]) Traitement de la douleur par les vibrations mecaniques. Progrès médical 5. fevr. 1881. — Progrès médical. du 27. août 1892. Charcot.

Tenże sam Gilles de la Tourette poprowadził dalej pracę Boudeta i Granvilla i zbudował nowy przyrząd, któryby drgania mógł przenosić na całą czaszkę równocześnie i równomiernie. Przyrząd nazwał drgającym kaskiem (*casque vibrant*), rzeczywiście bowiem jest on kaskiem o ścianach podwójnych, zewnętrzna sporządzona z mosiężnej blachy, wewnętrzna złożona z cienkich listewek stalowych, które dokładnie obejmują głowę. Na szczycie na podstawie umieszczony jest mały motor poruszany jednem ogniwem. Motor dać może 6000 drgań na minutę zupełnie regularnych, które przenoszą się na kask a przez to i na głowę, co można stwierdzić dotykając się ręką wyrostków sutkowych. Ilość drgań i wielkość wahań można regulować.

Kask wkłada się choremu na głowę, łączy drutem motor z ogniwem znajdującem się osobno i puszczając prąd wprawia się przyrząd w ruch. Chory doznaje ogłuszenia i uczuwa senność. Sen następujący potem bywa spokojny, nieprzerywany i trwa całą noc bez przerwy, jeżli posiedzenie odbywało się wieczorem. 7—8 posiedzeń wystarczało zawsze do zniesienia najbardziej uporczywej bezsenności, jeżli ona nie polegała na zmianach organicznych mózgu. — Średni czas trwania posiedzeń wynosi 10—15 minut w przypadkach bólu głowy natury neurastenicznej, połowiczego lub bezsenności.

Przyrząd działa nietylko na mózg, ale spostrzegano jego działanie również i na rdzeń pacierzowy u chorych, u których przeważały objawy rdzeniowe. Wyleczenie następuje mniej więcej po 15 posiedzeniach; jeżli zaś chory nie doznaje poprawy po 8—10 razach, metoda ta i nadal pozostaje bezskuteczną.

Przyrząd cały jest nadzwyczaj prostym i łatwym do użycia, chorzy bardzo dobrze go znoszą. Jedyną może ujemną stroną byłaby zbytnia waga i łoskot, na który się chorzy skarżą. Pierwsza wada łatwo dałaby się usunąć przez zastąpienie wielu części glinem, łoskotowi zaś wynalazca przypisuje owszem wpływ dodatni.

Sprawa cała jeszcze nie jest ukończona, doświadczenia dalsze są potrzebne i są w toku, a większa dopiero liczba obserwacyj naukowo i krytycznie dokonanych zdoła kwestyę rozjaśnić i wykazać, czy tu rozchodzi się tylko o mechaniczne drgania mózgu, którym Charcot działanie przypisuje, czy też i inne czynniki w tem odgrywają rolę. W każdym jednak razie rezultaty już otrzymane nie pozwolą zaprzeczyć dodatniego wpływu kasku w chorobach nerwowych bez tła anatomicznego.

Dr. Z. Pelczar.

Chirurgija.

M. Borsuk. **Przypadek jednoczesnego zranienia w dwóch miejscach odbytnicy, w tyluż pęcherza moczowego i okrężnicy zagiętej (*S. romanum*) powikłanego ogólnem ostrem zapaleniem otrzewnej. Wyzdrowienie.**

Przypadek zdarzył się wskutek spadnięcia ze stogu siana na żerdź i nadzianie się na nią w sposób, w jaki ongi wbijano na pal przestępców. Kawał żerdzi został we wnętrzu chorego.

Przyjęty w kilkanaście godzin po przypadku do szpitala przybył tam z podwyższeniem ciepłoty, wzdęciem brzucha; wypuszczony mocz był krwawy i cuchnący; chory ciągle wymiotował. Z powodu spóźnionej pory i braku pomocy operacyę musiano odłożyć do dnia następnego. Przez ten czas ciepłota jeszcze bardziej się podniosła, podczas wypuszczania cewnikiem z moczem odchodziły gazy; za uciskiem na dolną część brzucha strumień moczu pojawiał się na nowo.

B. rozpoznał zranienie pęcherza, skaleczenie otrzewnej i ogólne jej zapalenie. Operacyę rozpoczęto od oczyszczenia rany na pośladku. Rana drążyła do odbytnicy powyżej zwieracza; po rozszerzeniu okazało się, że znacznie powyżej gruczołu krokowego dochodziła do pęcherza. Wobec tego wypadku badania przystąpił B. do laparatomii. Po otwarciu brzucha znaleziono wiele mętnego płynu, otrzewną mocno zaczerwienioną i nastrzykniętą; kiszki niezwykle

rozszerzone wychodziły na zewnątrz; zagięcie esowate w 2 miejscach przebite kawałkiem drzewa, który z obu otworów wystawał. Bardzo zaostrzony ten kawałek miał 8 cm. długości a grubość małego palca. W głębi małej miednicy owalny otwór, który, jak się pokazało po założeniu kateteru, prowadził do pęcherza. Na dnie jamy Douglasa było kilka kawałków kału. Po jak najdokładniejszem oczyszczeniu i okrwawieniu brzegów rany pęcherza, zaszył ją B. szwem dwupiętrowym, skaleczoną część okrężnicy klinowato wyciął i zeszył szwem trzechpiętrowym; po wprowadzeniu jelit, co robiło duże trudności, brzuch zeszył zakładając w dolny odcinek rany worek Mikulicza sięgający do jamy Douglasa, oprócz tego założył cewnik na stałe.

Cieplota po operacyi opadła i pozostała prawidłową. Ósmego dnia wyjęto cewnik; worek Mikulicza został wypchnięty przez bujną ziarninę w 2 tygodnie po operacyi, w 3 tygodnie chory wstał, a w 5 opuścił klinikę zdrów zupełnie. Wypróżnienia i oddawanie moczu były zupełnie prawidłowe.

Autor na mocy swego przypadku popiera zdanie Körtego, który w każdym przypadku zranienia trzew brzusznych nawet z wyraźnemi objawami zapalenia otrzewnej radzi operacyę, ponieważ tylko tą drogą można uratować chorego. (*Medycyna Nr 4. 1893*). *A. Śmiechowski.*

Hygiena.

Dornblüth: O zanieczyszczeniu mleka.

W roku zeszłym opisał Dr. Gaffky 3 przypadki ciężkiej choroby po spożyciu mleka, pochodzącego od krowy dającej mimo, iż dotknięta była krwawem zapaleniem jelit z rozwolnieniem, jeszcze dziennie po parę litrów mleka. Płynny kał zawierający strzępki błony śluzowej jelit i wiele bakteryj spływał po wymionach i zanieczyszczał mleko. Po jego spożyciu bez przegotowania występowała gorączka, objawy mocnego zakażenia tyfusowego a zwłaszcza znacznego zajęcia jelit. Gaffky mniema, że podobne objawy zakażenia mlekiem częściej się zapewne zdarzają, ale dla braku dowodów uchodzą uwagi.

Nieraz już opisywano przypadki przenoszenia duru, płonicy i gruźlicy przez mleko i zalecano w celu zapobieżenia temu gotowanie lub wyjaławianie mleka. Dornblüth, biorąc pohop z przypadków Gaffkiego, zwraca uwagę, iż czasem znajdują się w mleku przyrzuty, których nie niszczy gotowanie i wyjałowienie. D. obserwował, że mleko, które u oseskow wywoływało wymioty i rozwolnienie, wydawało, mimo przegotowania we flaszkach lub zamkniętych naczyniach, woń odrażliwą, w przypadkach zaś, w których można było dochodzić sprawy, okazało się, że mleko to pochodziło ze stajen nieporządnie utrzymanych i od tak również utrzymywanych krów. Gotowanie nie czyni nieszkodliwem mleka tak zanieczyszczonego a do zanieczyszczeń tego rodzaju odnosi D. przyczynę objawów chorobowych opisanych przez Gaffkiego.

Konsumenci mogą się najczęściej ustrzedz od szkody z tego powodu używając mleka, którego pochodzenie znają, o którem wiedzą, iż pochodzi z czystych stajen i od zdrowych krów, oraz używając jedynie mleka dokładnie przegotowanego. Większość atoli konsumentów nie zna niebezpieczeństwa, o którem mowa lub nie uznaje go, nie wierzy też ostrzeżeniom i środkom zapobiegawczym.

Dornblüth sądzi, że, jak w chirurgii w miejsce środków odwietrzających i przeciwgnilnych wprowadzono czyszczenie i użycie środków niedopuszczających gnicia, tak również co do mleka należy zastąpić metodę niszczenia zarodków przez niedopuszczanie tworzenia się ich.

W tym celu należy w pierwszym rzędzie starać się, aby niebezpieczeństwo ze strony zanieczyszczonego mleka znali nie tylko konsumenci, lecz także handlujący mlekiem i producenci. W drugim rzędzie kontrola nad mlekiem powinna się odnosić nie tylko do zasobu tłuszczu i innych stałych składników, lecz także do zanieczyszczeń. Zanieczyszczenia bowiem nie tylko budzą odrazę, bo składają się po większej części z kału zanieczyszczonej krowy i gnoju wraz z odpadłemi łuskami skóry i włosów, lecz są też trujące przez prątki, koki i inne twory. Na razie trzeba się zadawalać według projektu prof. Renka żądaniem, aby mleko na targ przynoszono tak czyste, iżby ani ślad osadu nie dawał się dostrzedz po pozostawieniu przez dwie godziny litra mleka w naczyniu o dnie przeźroczystem; innego bowiem sposobu poznania czystości mleka nie znamy. W każdym razie należy wszelkich starań dołożyć, aby takie zanieczyszczenia nie dostawały się do mleka.

W stajniach, ile można jak najporządniej utrzymywanych, powinny krowy stać zawsze na suchej podściółce i być o ile można jak najczyściej utrzymywane. Przed dojem należy wymiona oczyścić a w razie rozwolnienia należy staranie w tym względzie podwoić; osoby zaś, dotknięte zaraźliwemi osutkami, zwłaszcza płonicą, nie powinny być przy doju zatrudnione. Czyszczenie rąk jest wprawdzie pożądane, gdy jednak z trudnością tylko daje się w dostatecznej mierze przeprowadzić, należy go więc wymagać jedynie, gdy się rozchodzi o mleko dla dzieci lub w celach leczniczych. Rozumie się samo przez się, iż naczynia na mleko powinny się czysto utrzymywać i jedynie czystą wodą płókać, równie jak i to, że szmatki do cedzenia (powązki) powinny być gęste i czyste.

Badanie mleka, sprzedawanego przez mleczarnie i większych konsumentów, powinno odnosić się nie tylko do jego składu, lecz i do jego czystości; jeżeli bowiem dawać się będzie pierwszeństwo mleku z czystych obór pochodzącemu, to wywierać się będzie nacisk na producentów, aby dbali o czystość.

Trudniejsza sprawa, jak zachować się powinna policya targowa w obec zanieczyszczeń mleka. Pojęcie odrazę budzącego mleka jest względne a okoliczność, iż mleko jest dla zdrowia szkodliwe, wykrywa się za późno, aby można podjąć jakieś środki zapobiegawcze. Badania jednakże i pod tym względem będą zawsze pobudzać do ostrożności a w razie zajścia zboczeń w zdrowiu ułatwią wykrycie źródła, z którego pochodziło mleko.

Towarzystwa rolnicze, spółki mleczarskie, towarzystwa opieki zdrowia a wreszcie lekarze powinni na te stosunki zwracać uwagę i szerzyć o nich wiadomości, bo mleko stanowi i zawsze stanowić będzie najważniejszy pokarm dla ludzi. (*Vrtljhrschift f. oeff. Gsndheitspflge Bd. XX H. 1*). *Dr. Grabowski.*

Choroby wewnętrzne.

L. Polyak (w Budapeszcie): Sapka zawodowa (*Coryza professionalis*).

P. opisuje przypadek u 40 letniej pacyentki zatrudnionej w drukarni bronzowaniem druków. Chora od dwóch miesięcy skarżyła się na ból w czole i zatkanie nosa; przed miesiącem powstał guz twardy, bolesny na prawej kości nosowej. Badanie wykazało nieżyt błony śluzowej nosa z zasychaniem wydzieliny, wśród której dawał się spostrzedz w wielu miejscach połyskający pył bronzu; przegroda nosowa w 3 miejscach przedziurawiona, brzegi perforacyi owrzodziałe, zaschłą wydzieliną pokryte; część lewej dolnej małżowiny zniszczona, przez co wytworzyła się komunikacya między jamą nosową a jamą szczękową lewą; na prawej kości nosowej guz wielkości orzecha włoskiego. P. rozpoznał kiłę, co wreszcie potwierdził pomyślny skutek leczenia jodem. P. jest tego zdania, że u chorej, dawno już kiłą dotkniętej, przez przewlekłe mocne drażnienie powstały opisane zniszczenia, analogiczne do wydarzających się podobnych objawów u kiłowych wskutek jakiegoś urazu. Chodziło tylko o przekonanie się, czy pył bronzu zdoła wywrzeć taki wpływ drażniący. Doświadczenia w tej mierze podjęte potwierdziły przypuszczenie P. Pył bronzu okazał się mięszaniną metalicznej miedzi, cynku i cyny, które tak drobno są sproszkowane, że za małem już poruszeniem w postaci tumanu unoszą się w powietrzu i łatwo mogą być wetchnięte czyli aspirowane. Pył ten dostawszy się do nosa ściśle przylega do błony śluzowej i z trudnością da się zetrzeć; działa zaś szkodliwie już to w sposób mechaniczny, już też przez to, że cynk i miedź w zetknięciu z wydzieliną nosa utleniają się zwolna, nawet tworzące się chlorki tych metali nadżerają mocno błonę śluzową. Badanie innych robotników, zajętych w tym samym lokalu, wykazało nieżyt

przewlekły a nawet nadżerki na małżowinach i na przegrodzie nosowej. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1893 Nr. 1).

Dr. Schoengut.

Galtier: **Etyologia kokluszu.**

Autor obserwując epidemię kokluszu występującą w różnym stopniu u 11 osób, mógł zrobić preparaty, przeprowadzić hodowle i szczepienia.

Z poszukiwań tych wypada:

1) że koklusz jest chorobą polegającą na mikroorganizmach;

2) że przyczyną jego jest mikrob (aërobie) łatwo dający kultury a w wielkiej obfitości znajdujący się w najbardziej zbitych częściach plwociu. Ma kształt zaokrąglony (*une forme arrondie*);

3) że daje się łatwo przeszczepiać na zwierzęta, króliki, szczególnie zaś na kury i psy;

4) że płukania i inhalacye olejku terpentynowego bardzo są użyteczne w leczeniu. (*Revue générale de Clinique et de thérapeutique 18. Janvier. 1893*). *Dr. Z. Pelczar.*

Medycyna sądowa.

Badania sądowo-lekarskie nad przyczyną śmierci barona Reinacha. (*Études médico-legale sur les causes de la mort du baron de Reinach par MM. Brouardel, Richardière, Ogier, Schutzenberger, Villiers*).

Wobec sprzecznych doniesień, jakie się ukazywały w samym początku głośnego procesu panamskiego w łamach pism codziennych, co do przyczyny zagadkowej a nagłej śmierci jednego z winnych tj. barona Reinacha, nie będzie od rzeczy zaznajomić się choćby w krótkości z odnoszącą się do tego pracą tych znawców sądowo-lekarskich, którym Franqueville, sędzia śledczy trybunału pierwszej instancyi w departamencie Sekwany, polecił rozstrzygnąć to trudne i niewdzięczne zadanie.

W sobotę dnia 10. grudnia 1892 odbyła się ekshumacya zwłok bar. Reinacha wskutek odezwy sądowej z dnia 8. t. m. i r. w obecności znawców, świadków i przedstawicieli władzy, zgromadzonych na cmentarzu w Nivillers. Trumnę oznaczoną liczbą 2055 stanu cywilnego Paryża przeniesiono do wielkiej sali merostwa w Nivillers. Trumna mieszcząca zwłoki bar. Reinacha, wykonana z drzewa białego, mieściła się w dwóch innych, mianowicie ołowianej a następnie w dębowej. Wszystkie trzy trumny znaleziono całkiem dobrze utrzymane. W trumnie trzeciej, mieszczącej zwłoki, znaleziono mieszaninę trocin drzewnych, napojonych kwasem karbolowym, która pokrywała kończyny dolne zmarłego. Zwłoki przedstawiały mężczyznę, mogącego liczyć 50—55 lat, wyłysiałego, maającego na brodzie zarost gęsty, barwy rudawej.

Rysy twarzy, zupełnie dobrze zachowane, zgadzały się z fotografią barona Jakóba Reinacha. Po stwierdzeniu tożsamości osoby przez 4 świadków, osobiście znających zmarłego, po odfotografowaniu zwłok przystąpiono wobec całej komisyi do ich oględzin. Zwłoki były odziane w czarne ubranie, meszty lakierowane i białą krawatę. Koszula biała nosiła znak 5199 R/9 i była pospinana spinkami wysadzanemi perłami; przy mankietach znaleziono spinki metalowe z wyrytą koroną i monogramem J. R.

Oględziny zewnętrzne zwłok nie wykazały żadnego śladu przemawiającego za zadaniem zmarłemu jakiegokolwiek gwałtu za życia, natomiast przekonały o rozpoczęciu się gnicia. Z oględzin wewnętrznych, których wynik był w całości ujemnym, należy wspomnieć o sercu. Serce i naczynia główne były próżne. Ciężar serca odciętego od głównych naczyń krwionośnych wynosił 300 gramów; zatem serce było nieco powiększone i przerosłe, jeżli się przyjmie wedle Sappey'a średni ciężar serca bez naczyń na 266 gramów. Serce było powleczone obfitą ilością tłuszczu, który wnikając w niektórych miejscach w mięsień, zmniejszał grubość ścian serca. Zwłaszcza ściana prawej komórki okazywała się cieńszą, wynosiła bowiem $1^1/_2$ do 2 mm. w przekroju.

Zastawki aorty były cienkie i giętkie, tylko na przyczepieniach nieco zgrubiałe. Tętnica główna prócz trzech ognisk miażdżycowych, niezwapniałych, wielkości ziarna soczewicy, była prawidłowa. Mięsień sercowy w dotyku wiotki, badany drobnowidowo w skrawkach świeżych i stwardniałych alkoholem bezwodnym, okazywał rozklejenie się beleczków mięsnych (*fragmentation*) wywołane gniciem. Tętnica płucna i obie tętnice wieńcowe, rozcięte w całej swej długości nie okazywały nigdzie zwężenia światła, miażdżycy lub zatoru. Wobec ujemnego wyniku sekcyi, jak również utrzymującego się podejrzenia o otrucie, przechowano w oddzielnych słojach, potem opieczętowanych, następujące części zwłok jako lica sądowe, mające się przesłać do badania chemicznego: dwa litry trocin polanych kwasem karbolowym, znalezionych w trumnie trzeciej, mózg, treść jelit, treść żołądka, mocz, płuca, serce, żołądek, jelita, wątrobę, nerki, śledzionę i ubranie.

Część mniejszą powyższych lic badano chemicznie; wyciągi otrzymane z rozbioru chemicznego zużytkowano do pomocniczych przy dochodzeniu rzekomego otrucia doświadczeń fizyologicznych, dokonanych na świnkach morskich i żabach. Wynik tych badań był tego rodzaju, iż nie wykazano istót trujących jak czadu, fosforu, związków sinu, esencyj aromatycznych, eteru, chloroformu, kwasu karbolowego, metali trujących w szczególności arszeniku i antymonu, wreszcie alkaloidów. Jedynie doświadczenie fizyologiczne, przedsięwzięte wyciągiem, uzyskanym metodą Stasa, na żabach i świńce morskiej, przemawiało za obecnością akonityny w wyciągu, jednak reakcye chemiczne wypadły ujemnie. Krzywa uderzeń serca żaby okazywała widoczne zwiększenie się amplitud w kwadrans po zastrzyknięciu podskórnem wyciągu. Wszakże tego rodzaju zmianę w skurczach serca wywołują różne inne istoty, jak wykazali Vibert i Lhote. Wreszcie wywołuje zazwyczaj akonityna u żaby naprzód okres ataksyi serca a potem okres wzmocnienia skurczów. Tymczasem okresu niezborności w danem doświadczeniu nie dostrzeżono. Wobec tego nie było podstawy do rozpoznania otrucia akonityną.

Z badania tego wypadło następujące orzeczenie:

Sekcya zwłok bar. Reinacha nie wykryła żadnej zmiany, któraby mogła wyjaśnić przyczynę śmierci; wszystkie bowiem narządy były prawidłowe, wyjąwszy serca, w którem znaleziono zmiany, będące czasem przyczyną nagłej śmierci. Zmiany te pozostają w związku z takiemi przyczynami nagłej śmierci jak: pęknieciem serca, tętniakiem serca, zamknięciem światła tętnic wieńcowych, wadami sercowemi i t. d. Tych ostatnich sekcya nie wykazała. Pozostaje jeszcze do przypuszczenia dusznica bolesna (*angina pectoris*) tj. cierpienie które bywa nierzadko już przy pierwszym napadzie powodem nagłej śmierci. Jednak cierpienie to objawia się w taki sposób, iżby zniewoliło zmarłego do zażądania pomocy.

Wobec zmian, znalezionych w sercu a mianowicie rozrostu tkanki tłuszczowej na niekorzyść mięśnia sercowego, musiała być u zmarłego niedomoga serca. W tych warunkach upośledzających znacznie czynność serca wydaje się być po części usprawiedliwionem przypuszczenie porażenia serca jako przyczyny śmierci. Mimo to twierdzić nie można, iż porażenie serca z całą pewnością było istotną przyczyną nagłej śmierci, a to z tego względu, iż porażenie serca nie pozostawia charakterystycznych zmian dających się wykazać bądź gołem okiem, bądź też pod drobnowidem. Zazwyczaj bywają w przypadkach porażenia serca obie komórki serca próżne; w danym przypadku z tego objawu nie wypływa żadna korzyść, gdyż zgnilizna zwłok opróżnia również komórki sercowe.

Śmierć zagadkowa bar. Reinacha mogła była być następstwem otrucia środkiem nie pozostawiającym w narządach żadnych zmian. Nawet wobec prawie zupełnie ujemnego dochodzenia chemicznego nie można z pewnością wykluczyć możności otrucia, zwłaszcza, jeżli się zważy, iż są trucizny, które w dawkach od 2 do 3 mgr. podane, śmierć wywołują. Wykrycie zaś tych trucizn w zwłokach napotyka na trudności nie do pokonania, raz z powodu nader małej dawki, powtóre z powodu rozdzielenia tej małej dawki na całą

masę zwłok, wreszcie z powodu lotności lub w danym razie rozkładu trucizny, ułatwionego przez gnicie. Wreszcie należy dodać, iż, aby módz z pewną ścisłością stwierdzić otrucie jednym z alkaloidów roślinnych, należy znać okoliczności i objawy chorobowe, jakie poprzedziły w danym przypadku śmierć. Co do tego względu nie wiadomo było znawcom, w jakiem położeniu znaleziono zwłoki bar. Reinacha w d. 20. Listopada 1892, i czy znaleziono ślady przemawiające, iż zmarły miał w ostatnich chwilach biegunkę, wymioty lub kurcze, te ostatnie łatwe do odgadnięcia z rozrzucenia pościeli po łóżku i ułożenia w niem zwłok. Prawie wszystkie alkaloidy wywołują jeden z opisanych objawów w przypadkach ostrego zatrucia nimi a wyjątek od tej reguły stanowią jedynie makowiec i morfina, i to jeżeli ich użyto podskórnie w znacznej dawce u człowieka do nich nawykłego.

Sąd polecił ponowne badanie chemiczne większej, pozostawionej części lic ze zwłok bar. Reinacha. Jednak wynik powtórnego badania potwierdził wyniki badania pierwszego, z tą tylko różnicą, iż obecnie tak doświadczenia fizyologiczne, jak i chemiczne nie uprawniały do przypuszczenia otrucia alkaloidem roślinnym jako przyczyny zagadkowej śmierci bar. Jakóba Reinacha. (*Annal. d'Hyg. publ. et de médec. lég. Th. XXIX. S.* 3. Nr. 1893. Pag. 161—198).

Dr. Wachholz.

Notatki terapeutyczne.

19) Na pocenie się rąk radzą (*Mtshfte für prakt. Dermatologie*) nacieranie po trzy razy dziennie płynem:

Rp. *Acidi borici* 5·00
Boracis venetae
Acidi salicylici
āā 15·00
Spir. vini rectificati 30·00
MDS. Zewnętrznie.

20) W moczówce cukrowej zaleca Dujardin-Beaumetz płukanie ust płynem:

Rp. *Acidi borici* 25·00
Acidi carbolici 1·00
Thymoli 0·25
Ttrae anisatae 10·00
Olei menthae pip. guttas 10
Spir. vini 200·00
Aquae destill. 1000·00
Ttrae coccionellae q. s.
ad tinctionem (zafarbowania).
MDS. Do użycia mięszać z równą ilością wody. (*Journal de méd. de Paris.* 45. 1892).

21) We wrzodzie miękkim używa Cavazzani:

Rp. *Hydratis chlorali* 5·00
Camphorae 3·00
Glycerini 25·00.

Naprzód uciera się w moździerzu kamforę z chloralem, dodaje powoli gliceryny i ogrzewa w łaźni wodnej do 60° C. Masę tę należy dosyć często odmieniać. Używa się jej w ten sposób, że pręcikiem szklanym nakrapia się nią rano i wieczór oczyszczony wrzód miękki a potem pokrywa go cienko watą. (*Monatsschrift für prakt. Dermat.* nr. 11, 1892).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 25. stycznia 1893 r.

Przewodniczący kol. Łazarski. — Członków obecnych 31.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Czapliński przedstawia chorego (z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza), któremu z powodu próchnienia wycięto część V. żebra lewego i tym sposobem odsłonięto uderzenie koniuszkowe serca. Dalej bada ciekawy ten przypadek kol. Czapliński wspólnie z kol. prof. Cybulskim. — Nadto okazał i objaśnił kol. Czapliński zebrane dotychczas krzywe sfigmografem.

W dyskusyi uzupełnił kol. Obaliński przemówienie kol. Czaplińskiego wspomnieniem własnego podobnego przypadku, przedstawionego w roku zeszłym na posiedzeniu Tow. lek., również podobnego a operowanego w swoim czasie przez Fischera z Wrocławia.

3) Kol. Pieniążek miał zapowiedziany wykład: O zwężeniach krtani, tchawicy i oskrzeli głównych (odczyt ten w całości znajdzie się w *Przeglądzie Lekarskim*).

Dyskusyę nad tym zajmującym wykładem odłożono z przyczyny spóźnionej pory do następnego posiedzenia.

Sekretarz *Dr. Bronisław Olszewski.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Dr. Henryk Higier w Warszawie (na Nalewkach nr. 9) podjął się zdawać sprawę w *Schmidts Jahrbücher* z prac polskich z dziedziny medycyny wewnętrznej i chorób nerwowych i prosi autorów o nadsyłanie odbitek.

— Dziennik *The New-York Recorder* rozpisuje konkurs na najlepszą pracę o etyologii i leczeniu suchot płucnych. Nagroda 1000 funtów szterlingów przynosi zaszczyt dziennikowi amerykańskiemu i odpowiada zupełnie ważności i wartości praktycznej zadania.

— Paryzka akademia umiejętności przyznała nagrodę Leconta w kwocie 50,000 franków Drowi Villeminowi za pracę o gruźlicy. Niestety autor nie doczekał się tego uwieńczenia swej wiekopomnej pracy.

— **Cholera.** Obecnie niema w Galicyi nie tylko żadnego przypadku cholery, ale i żadnego przypadku w leczeniu z powodu przebycia cholery. Ponieważ jednak na Podolu rosyjskiem po lewej stronie Zbrucza ciągle się jeszcze ukazuje cholera, przeto wyznaczono do czuwania pod względem sanitarnym nad gminami położonemi w powiecie borszczowskim po prawym brzegu Zbrucza czterech osobnych lekarzy cholerycznych i wyznaczono im na stacye Kozaczówkę, Kudryńce, Załucze i Skałę. Prócz tego zaopatruje rząd ludzi biednych w tych gminach w żywność.

W Budapeszcie ciągle pojawiają się sporadyczne przypadki cholery równie jak w Altonie, natomiast w ostatnich dniach nie donoszą z Hamburga o nowych przypadkach.

O przebiegu cholery w zakładzie obłąkanych w Nietleben pod Hallą nad Salą dowiadujemy się z raportów fizyka powiatowego Dra Fielitza następujących szczegółów: Cholera pojawiła się zupełnie niespodziewanie dnia 14. stycznia b. r. u obłąkanego, który tegoż samego dnia umarł. Po tym chorym szerzyły się szybko przypadki, między którymi znalazło się t r z e c h l e k a r z y, 2 żony urzędników zakładu, dozorca i dozorczyni chorych.

Cholera pojawiła się pierwotnie w starym pawilonie, który już w roku 1866 nawiedziła bardzo gwałtownie epidemia, rozszerzyła się atoli bardzo szybko po wszystkich pawilonach z wyjątkiem tylko jednego.

Nagły wybuch choroby u obłąkanych wszystkich trzech klas i szybkie zmniejszenie się epidemii od 25. stycznia wskazywały zaraz na wspólną u wszystkich chorych przyczynę, mianowicie wodę. Pokazało się też, że zakład pobiera swą wodę z dzikiego łożyska Sali nie mającego żadnej styczności z miastem Hallą. Woda filtrowana dostaje się do zbiorników a z nich rozprowadza się ją po całym zakładzie. Wody kanałowe i gospodarcze dostają się na osobne pola (*Rieselfelder*) a po przefiltrowaniu przez ziemię do osobnego rowu, mającego swe ujście na 50 metrów p o w y ż e j miejsca czerpania wody do wodociągów. Z poszukiwań Kocha okazało się następnie, że filtry były źle założone a pola zraszane wodami kanałowemi i gospodarczemi nie spełniały swego zadania z powodu wielkiego mrozu tak, iż w wodzie wodociągowej wykazano bakterye chorobotwórcze. W dniu 23. stycznia odcięto wodę ze Sali od wodociągu zakładowego, który połączono z wodociągiem miasta Halli a epidemia zaczęła natychmiast słabnąć; gdy bowiem w dniach 22., 23. i 24. stycznia zapadło na cholerę po kolei osób 12, 8 i 13, zapadło w dniach 25., 26., 27. i 28. t. m. po kolei 4, 2, 0 i 2.

Że przyczyny epidemii szukać należy w wodzie rzeki Sali, wypada ztąd, że cholera pojawiła się także w kilku miejscowościach nad Salą poniżej zakładu obłąkanych i nagabnęła ludzi, którzy używali wody z tej rzeki.

— Radzie związkowej cesarstwa niemieckiego przedłożono projekt do ustawy o zwalczaniu chorób pospólnych czyli epidemicznych.

— Z inicyatywy rządu austro-węgierskiego odbędzie się jeszcze w bieżącym miesiącu w Dreźnie międzynarodowa konferencya przeciw cholerze.

— Znany fizyolog Emil du Bois Reymond obchodził w dniu 11. b. m. 50-tą rocznicę swej promocyi na doktora medycyny w uniwersytecie berlińskim.

— Ziemstwo gubernialne pskowskie wzywa lekarzy gotowych działać w gubernii w razie pojawienia się cholery lub innej epidemii, by podali swe warunki. Podróże ich po gubernii odbywać się będą na koszt ziemstwa, które w razie pojawienia się na nowo cholery obowiązuje się do zabezpieczenia na przypadek śmierci pozostałym kwoty 5000 rubli za każdego lekarza. Przykład godzien naśladowania.

— Spadkobiercy zmarłego niedawno barona R. Steinheila złożyli kapitał 50,000 rubli na urządzenie osobnego oddziału o 10 łóżkach przy klinice położniczej uniwersytetu kijowskiego.

— Ziemstwo gubernii kazańskiej wyznaczyło 2500 rubli na gratyfikacye dla lekarzy, którzy w roku zeszłym zwalczali dur i cholerę w tej gubernii.

— Nabob rampurski wręczył lekarzowi wojskowemu angielskiemu Drowi Freyerowi, który go wyleczył z gośćca stawowego po kuracyi trzechmiesięcznej, honoraryum 10,000 funtów szterlingów.

— Austryackie Towarzystwo aptekarskie zajmowało się na ostatniem swem zgromadzeniu ogólnem sprawą dopuszczania kobiet do zawodu farmaceutycznego. Sprawozdawca Dr. Grüner przytoczywszy mnóstwo okoliczności za i przeciw, oświadczył się ostatecznie przeciw dopuszczeniu kobiet do zawodu, o którym mowa. Na wniosek przewodniczącego odroczono decyzyą i uchwałę w tej sprawie aż do rozpatrzenia się w niej komitetu Towarzystwa.

— Prezesem Tow. lekarskiego petersburskiego wybrany na rok bieżący Dr. J. Czeczott.

— Dwunasty kongres dla medycyny wewnętrznej odbędzie się w bieżącym roku w Wiesbadenie od 12. do 15. kwietnia pod przewodnictwem prof. Immermanna z Bazylei. Do rozpraw ogólnych przeznaczono: rzecz o cholerze — referenci Rumpf z Hamburga i Gaffky z Giessen, tudzież o nerwicach urazowych, referenci Strümpell z Erlangi i Wernicke z Wrocławia.

— Piąty kongres niemieckiego Towarzystwa ginekologicznego odbędzie się od 25. do 27. maja b. r. we Wrocławiu. Posiedzenia odbywać się będą w klinice ginekologicznej rano od 8 do 12 i po południu od 2 do 4. Do dyskusyi zapowiedziano temata: o symfizeotomii i o operacyach na częściach dodatkowych, ich wskazaniu, technice i skutkach.

— **Nekrologia**. Zmarli: w Nowym Sączu Dr. Tytus Fierich, wysłużony lekarz powiatowy i właściciel dóbr ziemskich w 82. roku życia. — Dr. Stanisław Wróblewski w dniu 11. lutego w Sompolnie, przeżywszy lat 34. — W Bonn znakomity antropolog niemiecki prof. Dr. Herman Schaffhausen. — W Rzymie Dr. C. Manassei, profesor dermatologii i syfilidologii. — W Kazaniu Dr. Aleksander Dochmann, Doc. neuropatologii i terapii ogólnej. — W Nowym Orleanie Dr. Samuel Logan, profesor anatomii.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 22-go lutego b. r. o godzinie 6-tej wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Dyskusya nad przypadkiem przedstawionym na ostatniem posiedzeniu przez kol. Obalińskiego; 2) Kol. Browicz pokaże preparaty patologiczno anatomiczne; 3) Kol. Ponikło poda kilka uwag o badaniu bakteryologicznem wody; 4) Kol. Pieniążek będzie mówić o zwężeniach krtani po przebyciu zapalenia ochrzęstnej (*perichondritis*) z przedstawieniem odpowiedniego przypadku.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **M. K. w Z.** Ponieważ będzie to zapewne Sz. Kolegę obchodzić, przeto uzupełniając poprzednią swą odpowiedź donosimy, iż dziś właśnie otrzymaliśmy prospekt na dzieło: Traité pratique des eaux minérales et elements de climatothérapie par le Dr. Moeller. Volume in 8-vo, 542 pages. Prix 15 francs, wyszłe nakładem de la librairie médicale et scientifique de A. Manceaux, 12, rue des Trois Têtes à Bruxelles.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 25. Lutego 1893. Nr. 8.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

Posługując się blisko od 9 lat własną metodą badania tchawicy przez ranę tracheotomijną, miałem sposobność zebrać w tej mierze pewien materyał z własnego doświadczenia, którym pragnąłbym podzielić się z kolegami w zawodzie. Doświadczenie jednak pod tym względem nie może być tak bogatem, by obejmowało wszystkie możliwe przypadki zwężeń tchawicy, które, jak wiadomo, w ogóle do zbyt częstych nie należą. Dlatego też nie chcąc w przedstawieniu rzeczy zostawiać luk znacznych, wolę opisać systematycznie zwężenia tchawicy bez względu na metody badania, za pomocą których rozpoznać je można, opisać je tak, jak mnie pouczyło 18 letnie doświadczenie w tej mierze i jak to bywa zazwyczaj w obszerniejszych dziełach opisywane, uwzględniając przytem szczegółowo obrazy, jakie w odpowiednich przypadkach za pomocą mojej metody badania uzyskać można, oraz leczenie, jakie przy jej pomocy przeprowadzić należy. Jest to więc z mojej strony poniekąd próba systematycznego przedstawienia patologii i terapii chorób tchawicy w znacznej i najważniejszej ich części.

W opisie tym jednak nie będę się rozwodzić nad rzeczami, które przy innej sposobności daleko lepiej można uwzględnić, jak n. p. nad etyologią lub anatomią patologiczną różnych spraw chorobowych, które mi tu względnić wypadnie; wspomnę o nich jedynie o tyle, o ile dla zrozumienia rzeczy koniecznie będzie potrzeba, a zajmę się głównie sposobem rozpoznania zwężeń tchawicy i ich przyczyny, oraz sposobami ich leczenia. Sądzę, że czytelnik nie weźmie mi za złe, że go nie chcę nużyć rzeczami dobrze zkądinąd znanemi a podaję tylko to, co w obec założonego z góry tematu ma istotną wartość. Nie mam wreszcie pretensyi, by praca niniejsza przedstawiała wyczerpująco patologię i terapię chorób tchawicy, ale jedynie, aby przedstawiła systematycznie szkic takiego opisu, w którymby głównie było uwzględnione zwężenie tchawicy.

Zwężenia tchawicy pochodzić mogą albo ze spraw chorobowych w jej ścianach, zwłaszcza w jej błonie śluzowej rozwijających się, albo też ze spraw w jej sąsiedztwie występujących, jak mianowicie na szyi i w śródsierdziu. Zwężenia tchawicy skutkiem spraw w niej samej powstałych, możemy podzielić na dwie grupy t. j. takie, które skutkiem przesunięcia się sprawy chorobowej z krtani na tchawicę *per continuitatem* powstały, oraz takie, które samoistnie wytworzyły się w tchawicy. Do pierwszej należą w ogóle sprawy zapalnej natury, z których najwięcej zapalenie błonicowe (krup) interesować nas tu będzie, do drugich należą przeważnie nowotwory a wreszcie ciała obce wpadłe do tchawicy. Między jedną a drugą grupą w pośrodku stoją sprawy przerostowe błony śluzowej i podśluzowej tchawicy, które mogą wprawdzie występować samoistnie w niej i w oskrzelach, najczęściej jednakże towarzyszą podobnymże zmianom w samej krtani. Ze względów praktycznych odpowiedniejszym byłby tu podział na sprawy chorobowe, które, zanim poczęły się rozwijać w tchawicy, sprowadziły zwężenie krtani a mianowicie głośni i na takie, które w tchawicy samej rozwinęły się bez zajęcia głośni. W pierwszym razie z powodu zwężenia krtani wybadanie zwężenia tchawicy napotyka na znaczne trudności lub jest zgoła niemożebnem. Z drugiej strony zwężenie to krtani daje często powód do tracheotomii, która nietylko usuwa jego niebezpieczeństwo, ale otwiera zarazem nową drogę do badania i leczenia istniejącego współcześnie lub występującego później zwężenia tchawicy. W przypadkach, w których krtań nie jest zwężona, tracheotomia naturalnie nie może mieć tego znaczenia jak w przeciwnym razie, chyba, że tchawica zwężona jest w samej górnej swej

części tak, że można ją otworzyć poniżej tego zwężenia. I bez tego jednak może być tracheotomia w zwężeniu tchawicy, choćby powyżej miejsca zwężenia wskazaną, a to w celu otwarcia drogi, przez którą możnaby to zwężenie poddać skutecznemu leczeniu.

Ze stanowiska ściśle praktycznego rozróżnić możemy zwężenia tchawicy u nietracheotomowanych i u tracheotomowanych a u tych ostatnich zwężenia powstałe samoistnie, lub też skutkiem tracheotomii albo też kaniuli; można podzielić je także na występujące nad kaniulą, w jej obrębie i pod nią. Podział ten, jakkolwiek nieumiejętny, z natury rzeczy jednak nasunąć się musi, gdy mowa o badaniu i leczeniu zwężeń tchawicy, odpowiada bowiem różnym sposobom badania, a tem samem i metodom postępowania w odpowiednich przypadkach. U nietracheotomowanych wybadanie zwężeń tchawicy polega na użyciu zwierciadełka krtaniowego, czyli na laryngoskopii, u tracheotomowanych zmiany powyżej rany tracheotomijnej dadzą się wybadać małem zwierciadełkiem przez przetokę tchawicy wprowadzonem, poniżej zaś niej za pomocą lejków tchawiczych, któremi się w tym celu posługuję od blisko 9 lat. W duchu tego podziału przechodzę obecnie do badania zwężeń tchawicy i oskrzeli u nietracheotomowanych.

Zwężenia tchawicy cechują się w ogóle temi samemi objawami, jak zwężenia krtani i mają to samo dla całego ustroju znaczenie. Utrudnienie oddechu występuje tu podobnie jak w krtani i objawia się często w obu okresach (fazach) oddechowych, t. j. tak podczas wdechu jak i wydechu. Wprawdzie są sprawy chorobowe w tchawicy, które przeważnie utrudniają wydech, gdy wdech odbywa się dość łatwo, nie można jednak tego stawiać jako bezwzględną regułę, gdyż zależy to od sprawy chorobowej w pierwszym rzędzie a dopiero potem od jej usadowienia. Tak n. p. polipy lub jakiekolwiek wyrośle ruchome pod głośnią mogą podczas wdechu zupełnie nie przeszkadzać wciągnięciu powietrza, podczas wydechu zaś prądem powietrza wydechowego ku głośni wyrzucone zmniejszają znacznie szparę, którą powietrze z płuc się wydobywa i tem samem utrudniają wydech. Podobnież dostawać się może u dorosłych powietrze dość łatwo do płuc w zapaleniu krupowem tchawicy i oskrzeli, gdyż błony nie tak łatwo dochodzą tu do tej grubości, by światło tchawicy lub oskrzeli mogły zwęzić znacznie, a rurkowate odlewy błon na tych częściach, choćby częściowo oddzielone, pod wpływem powietrza wdechowego rozprostować się, wygładzać i rozszerzać muszą; przeciwnie przy wydechu, powietrze wydechane a tem bardziej wydechane siłą, rozwarte i oddzielone końce rurek błoniastych wpycha ku górze i ku sobie, oddzielone od błony śluzowej a widełkowato dzielące się rurki błoniaste wtłacza ku rurce, z której podziału powstały, jak n. p. rury błoniaste z oskrzeli głównych wtłacza ku tchawicy, w ogóle fałduje je, tem samem zamyka drogę dla dalszego wydechania. Prócz takich jednak przypadków szczególnych, gdzie istotnie zwężenie a względnie zamknięcie rury oddechowej powstaje dopiero podczas wydechu, zwężenia tchawicy wpływają podobnie jak zwężenia krtani równo na wdech jak i na wydech. Że pierwszy okazuje się na oko pozornie więcej utrudnionym niż ostatni, dziwić nas to nie może, wdech bowiem odbywa się czynnie; przy utrudnieniu jego zatem praca wszystkich mięśni wdechowych wraz z dodatkowemi mięśniami zwiększoną być musi, gdy wydech, który z natury odbywa się biernie, jeżeli napotyka na trudności znaczniejsze odbywa się jedynie dłużej, ale za pomocą tej samej siły, t. j. siły elastyczności pęcherzyków płucnych. Dopiero bardzo znaczne utrudnienie lub zupełne zatamowanie wydechu sprowadza czynne wystąpienie mięśniów wydechowych. Mimo to jednak praca, jaką chory wykonywać musi, aby wciągnąć powietrze podczas wdechu, różni się nieco przy zwężeniu tchawicy od takiejże pracy w zwężeniu krtani. W tem ostatniem mianowicie widzimy zazwyczaj znaczne obniżanie się krtani za każdym wdechem a podnoszenie za wydechem, którego to zjawiska w zwężeniach w głębi tchawicy nie spotykamy. Powstanie tych ruchów najwłaściwiej w następujący sposób wytłómaczyć można: W zwężeniu w głośni chory uczuwa, w którem miejscu powietrze napotyka na przeszkodę podczas wdechu, a ponieważ świadom jest, że w miejscu tem pracą mięśniową dokazać czegoś może (jak to n. p. dzieje się podczas mówienia i śpiewania), przeto stara się za pomocą natężonej pracy mięśniów rozwierających głośnię, usunąć jej zwężenie.

Objawy tej pracy dadzą się bardzo często stwierdzić wyraźnie podczas badania laryngoskopijnego; jako przykład przytoczę krup u dzieci starszych (10, 12, 14 lat wieku mających), które nie mogąc odciągnąć od siebie chrząstek nalewkowych a tem samem dokładnie rozewrzeć głośni, zwracają tak znacznie na zewnątrz wyrostki głosowe, że wytwarzają w ten sposób szparkę eliptyczną, przez którą jeszcze powietrze mogą wciągnąć niezgorzej i w ten sposób przetrzymują dość długo zwężenie w krupie[1]). W tej natężonej pracy mięśniów rozwieraczy głośni, trudno jest działanie ich w zupełności izolować, tak jak w ogóle izolacya dokładna działania mięśniów bywa tylko u ludzi dobrze wprawionych. Jako przykład tego przytoczę tylko, jak trudno jest początkującym w grze na fortepianie uderzać samym czwartym palcem o klawisz, trzymając inne palce spokojnie na klawiszach. Co do głośni zaś przekonać się można, że wprawny śpiewak daleko mniej napina podczas forsownego śpiewu dno jamy ustnej, niż niewprawny, który nie tak łatwo potrafi izolować działanie mięśniów, których przy spiewie użyć potrzebuje, od działania mięśniów żuchwognykowych i bródkognykowych (*mm. genio- et mylohyoidei*), które tu tylko ustalenie kości gnykowej mają za zadanie a więc nie wymagają zbyt mocnego napięcia. To też nic dziwnego, że chory pracujący o powietrze podczas wdechu, wysilając nadmiernie mięśnie rozwierające głośnię, nie może tak łatwo powstrzymać spółruchów mięśniów obniżających krtań, jak mostkognykowych i mostkotarczykowych (*mm. sternohyoidei* i *sternothyreoidei*), a skutkiem tego obniża krtań za każdym wdechem. Jest to według mego mniemania jedyne racyonalne tłómaczenie tego objawu, który wreszcie sam przez się jest w obec zwężenia krtani zupełnie bezcelowy, a tem samem bezskuteczny, podobnie jak rozwieranie skrzydeł nosa przy duszności. Jeżeli miejsce zwężenia wypada poniżej, ale zawsze w okolicy głośni, to chory czując, gdzie się zwężenie znajduje, pracować zawsze będzie mięśniami rozszerzającemi głośnię, na mocy tylko poczucia lokalnego, bez względu na to, czy w danym przypadku praca ta może mieć cel jakiś lub nie, a tem samem przez brak możności dokładnej izolacyi ruchów czyli za pomocą mimowolnego spółruchu obni-

[1]) Porównaj: Pieniążek: Das Kehlkopfspiegelbild bei Croup. *Archiv. f. Kinderheilkunde*, Bd. X., oraz Pieniążek: Uzupełnienie do dzieła własnego p. t. Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy.

żać będzie i krtań podczas wdechu. Inaczej rzecz się ma, jeżeli miejsce zwężenia od głośni jest odległem. Chory nie czuje żadnej zawady w okolicy głośni a tem samem nie potrzebuje się natężać nad jej rozwieraniem, które bez żadnego wysiłku się odbywa, zkąd też samo przez się odpada spółruchowe obniżanie krtani. To też poucza nas doświadczenie, że, im bliżej głośni występuje zwężenie, tem większe ruchy krtań przy natężonym oddechu odbywa; im odległość zwężenia od głośni jest większa, tem te ruchy są mniejsze tak, że brak wyraźnego obniżania się krtani za wdechem w obec zwężenia dróg oddechowych przemawia za niskiem ich usadowieniem, t. j. w tchawicy lub oskrzelach. Stanowczo jednak rozpoznać można zwężenie tchawicy dopiero na podstawie badania laryngoskopijnego.

Jak wiadomo, za pomocą badania laryngoskopijnego widzieć można całą tchawicę, jej podział a nawet początki oskrzeli głównych. Z oskrzela lewego widać wprawdzie w najlepszym razie zaledwie dwa półpierścienie chrząstkowe i to częściowo tylko, prawe jednak oskrzele można w do godnych warunkach obejrzeć prawie całe a czasami, lubo nadzwyczaj rzadko, można widzieć i jego podział na średnią i dolną gałąź (górna ochodzi nieco wyżej, jakby poboczna gałąź oskrzela, ztąd też odejścia jej widzieć nie można). Jednakże idealne te stosunki nie bywają zawsze. Jeżeli za regułę przyjąć można, że badanie laryngoskopijne u każdego, kto ma potemu dobrą wolę, ze skutkiem można przeprowadzić, to o badaniu na tej drodze tchawicy twierdzić tego wcale nie mamy prawa. Wcale nie nazbyt rzadko stoją temu badaniu różne przeszkody na drodze, jak wielka drażliwość chorego, zbyt wielkie nachylenie nagłośni, większe skierowanie tchawicy ku tyłowi lub ku stronie prawej i t. p. Podobnież działają wszystkie zwężenia światła krtani, choćby bardzo małego stopnia. Nawet porażenie jednej struny głosowej, zwłaszcza przy ustawieniu jej w linii środkowej lub nawet w jej pobliżu, znacznie już utrudnia badanie tchawicy laryngoskopem, mianowicie w jej głębi, a nieraz może ono w tych przypadkach być bardzo pożądanem. W przeważnej jednak liczbie przypadków przy cierpliwości i wprawie można dojść do celu i im badający więcej ma wprawy, tem mniej mu się przypadków wydarzy, w którychby zwężenia tchawicy nie mógł widzieć dokładnie. W obec jednak przypadków, które opierają się i najwprawniejszym w tej mierze, w obec dzieci, u których często badanie laryngoskopijne siłą tylko da się przeprowadzić i gdzie w ogóle zadowolnić się musimy zobaczeniem głośni samej, w obec nakoniec tego, że nie każdy lekarz ma wielką wprawę w laryngoskopowaniu, starać się musimy dojść do rozpoznania zwężenia tchawicy lub oskrzeli z tych danych, jakie otrzymać możemy. (C. d. n)

II. O sposobie ułatwiającym wykrycie prątków cholerycznych w wodzie [1]).

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło,

docent Uniw. Jagiell., c. k. lekarz powiatowy.

Związku cholery z wodą dowodzi wiele spostrzeżeń, związek szerzenia się epidemii cholery z prądami rzek jest niezaprzeczony: dość rzucić okiem na mapę objaśniającą rozwój epidemii w Europie w roku ubiegłym, aby się o tem przekonać; również w Galicyi zachodniej ogniska choroby lub osobne przypadki rozrzucone były wzdłuż biegu Wisły, podczas zaś epidemii niedawno wygasłej w powiecie Husiatyńskim i Borszczowskim choroba jawiła się przeważnie wzdłuż biegu Zbrucza.

Z powyższego wynika, że prątek przecinkowy (jeżeli go stanowczo mamy uważać za jedyną i wyłączną istotę chorobotwórczą cholery, za czem dotąd wszystko przemawia) winien przenosić się wodą zwłaszcza rzekami z miejsca na miejsce i spożyty z wodą wywoływać w ustroju usposobionym cholerę.

Mimo to wykrycie prątka przecinkowego w wodzie rzek, nawet podczas pełnego rozwoju epidemii, przedstawia znaczne trudności i tylko szczególniej szczęśliwemu przypadkowi zawdzięczać należy, jeżeli się uda. O ile mi wiadomo, nie udowodniono prątka przecinkowego w wodzie Elby podczas epidemii w Hamburgu, nie udowodniono go również w Berlinie. Trudność wykrycia, zdaje się, że polega na tem, iż do badania bakteryologicznego musimy używać zaledwie kilku kropel wody, w których właśnie może braknąć prątków przecinkowych zdolnych dalszego rozwoju, gdy osobnik zarażający się cholerą przez picie wody, wypija jej cały litr lub więcej, częścią zaś na tem, że w wodzie rzecznej i studziennej znajduje się mnóstwo rozmaitych ustrojów niechorobotwórczych, które rozmnażając się żywiej niż prątki przecinkowe, przeszkadzają ich rozwojowi lub je wprost niszczą.

Celem ułatwienia wykrycia prątków przecinkowych w wodzie, wykonałem następujące doświadczenie:

Do rurki odczynnikowej zawierającej 10 ctm. sześć. wody studziennej (niektóre wody śródmieścia krakowskiego zawierają do 50.000 bakteryj! w centymetrze sześciennym) przeniosłem kroplę 24 godzinnej hodowli bulionowej prątków przecinkowych. Z tej rurki, po zmięszaniu, przeniosłem pętliczką platynową ponownie wyżarzoną kroplę do drugiej rurki odczynnikowej, zawierającej również 10 ctm. sześć. tej samej wody; z tej rurki w równy sposób przeniosłem kroplę do trzeciej, z tej wreszcie kroplę do kolby szklanej zawierającej litr wody. Roztworzenie tedy hodowli bulionowej w kolbie było: kropla hodowli na 160,000.000,000 kropel wody studziennej czyli, gdyby w kropli hodowli bulionowej było n. p. milion prątków przecinkowych (sądzę, że ich było znacznie więcej), toby w wodzie zawartej w kolbie znajdywał się zaledwie jeden prątek średnio na 8 litrów wody.

Do kolby tej dolałem 10% bulionu wyjałowionego, bacząc na to, aby zwierciadło płynu przypadało w szyjce kolby (iżby mieć jak najmniejszą powierzchnię płynu z powietrzem się stykającą), poczem wstawiłem kolbę do termostatu na 37° C. uregulowanego.

Po 24 godzinach utworzył się na powierzchni płynu w kolbie cieniutki, tu i ówdzie marszczący się kożuszek, który badany mikroskopowo wykazał obok wielu innych bakteryj tu i ówdzie prątki kręte do przecinkowych podobne (co oczywiście samo przez się jeszcze niczego nie dowodzi). Trzech kropel z tego kożuszka użyłem do sporządzenia pierwszego roztworzenia żelatyny peptonowo-mięsnej i wylałem płyty w 4-ch roztworzeniach.

Trzeciego dnia można było na płytach drugiego roztworzenia z łatwością odszukać kilka hodowli wejrzeniem

---

[1]) Rzecz wykonana w prywatnej pracowni bakteryologicznej autora.

i zachowaniem się odpowiadających zupełnie hodowlom prątków przecinkowych; na niektórych płytach zaś roztworzenia 3 go można było wyróżnić jeszcze tu i owdzie takież hodowle. Tu nadmienić muszę, iż nie wszystkie hodowle miały postać i wejrzenie hodowli zwykle jako cechujących opisywanych: wyjątkowo trafiały się hodowle przypominające na pierwszy rzut oka młode hodowle prątka siennnego (*bacillus subtilis*), lecz bez wieńca promienistego w obwodzie i wyraźnie ziarniste — mimo to atoli badanie mikroskopowe i dalsze dowodowe postępowanie wykazywało typowe przecinki. Kłuta hodowla żelatynowa i reakcya chemiczna stanowczo potwierdziły tożsamość tych hodowli z hodowlami prątków przecinkowych.

Postępowanie co dopiero opisane powtórzyłem 3-krotnie z tym samym skutkiem. Dodać winienem, że reakcya Bujwida z kwasem siarkowym hodowli z wody uzyskanych była wybitniejszą (barwa mocno-różowa), niż hodowli z przypadków chorobowych wprost wyhodowanych czego wytłómaczyć sobie nie umiem. Roztworzenie hodowli cholerycznej w wodzie w doświadczeniach użyte można, zdaje się, sądząc po ilości hodowli na płytach rozwiniętych, posunąć jeszcze o wiele dalej.

Z doświadczeń powyższych widać, że starałem się naśladować zanieczyszczenie wody prątkami przecinkowymi w przyrodzie mięszaniem tych prątków z wodą studzienną w znacznem roztworzeniu. Gdyby chodziło o badanie wody rzecznej lub studziennej podejrzanej, postępowałbym w ten sposób, że nabrawszy wprost do kolby wyjałowionej litr wody, dolałbym 10% bulionu i wstawił natychmiast do termostatu, poczembym badał sposobem płytowym kożuszek na powierzchni płynu po 24 godzinach utworzony. Rozumie się samo przez się, że równie dobrze możnaby do badania użyć dwóch i więcej litrów wody — coby jedynie wymagało większych przyrządów[1]).

Postępowanie powyższe jest wyzyskaniem korzyści metody Grubera i Schotteliusa i zmodyfikowaniem jej do szczegółowego celu wykrycia prątków przecinkowych w wodzie z użyciem znaczniejszych ilości wody do badania.

Wynik opisanych doświadczeń nie zgadza się ze zdaniem częstokroć powtarzanem, że prątki przecinkowe bardzo rychło giną w wodzie rzecznej i studziennej, że wkrótce pokonywa je wiele innych drobnoustrojów, w które woda obfituje, lecz jest w zupełnej harmonii z opinią Kocha, który twierdzi, że w wodzie istnieć mogą przez więcej niż dni 20 i z wynikiem dokładnych spostrzeżeń Hueppego, który w „złej“ wodzie wykazał prątki przecinkowe mimo obecności licznych innych bakteryj po dniach 10. Co więcej, powyższy wynik badania stwierdza, że prątki przecinkowe w wodzie bulionem zaprawionej w ciepłocie 37° C. stanowczo się rozmnażają i wytrzymują do pewnego czasu skutecznie konkurencyą z innemi bakteryami, może dlatego, że wiele drobnoustrojów w wodzie napotykanych lepiej się rozwija w ciepłocie niższej pokojowej niż w ciepłocie 37° C.

Czy po upływie dłuższego czasu niż 24—48 godzin (raz wykryłem prątki przecinkowe po 48 godzinach przechowania kolby z wodą w termostacie) i do jakiego terminu metodą powyżej opisaną możnaby jeszcze wykryć prątki przecinkowe, będzie przedmiotem dalszych moich doświadczeń.

Wstrzymuję się zresztą od wszelkiego wypowiadania teoryj nad wynikiem opisanych doświadczeń, które każdy może powtórzyć i skontrolować; sposób jednak w jaki je wykonywałem, zdaje mi się, że się nadaje do ułatwienia wykrycia prątków przecinkowych w wodach o zanieczyszczenie temi prątkami podejrzanych a zaleca się tem, że *wyzyskując korzyści ogólne metody Grubera i Schotteliusa, wyzyskując pożądliwość tlenu właściwą prątkom przecinkowym i stąd wynikającą dążność do rozwijania się z upodobaniem na powierzchni płynu, pozwala użyć do badania dowolnych ilości wody i w ten sposób powiększyć znacznie szansę wykrycia we wodzie prątków przecinkowych.*

Kraków 14. lutego 1893 r.

[1]) Po oddaniu artykułu do druku dostrzegłem, że Dr. O. Bujwid w artykule „Kilka słów o początku obecnej epidemii cholery w Królestwie Polskiem“ *Nowiny lekarskie* Nr. 12. str. 591, podaje, że użył do badania wody z Wisły ze skutkiem zasadniczo podobnego sposobu i tenże poleca.

III. Oceny i sprawozdania.

Patologia.

J. Kostenicz i Wołkow: **Badania doświadczalne nad rozwojem gruzełka.**

Pomimo, że najwybitniejsi patologowie pracowali nad powstawaniem i rozwojem gruzełka, sprawa ta nie jest jeszcze wyjaśnioną i między uczonymi panuje wielka sprzeczność poglądów na samą istotę gruzełka. Virchow uważa gruzełek za sprawę nowotworową, wychodzącą z tkanki łącznej, szkoła zaś Zieglera oraz Koch są zdania, że komórki gruzełka pochodzą od wędrujących ciałek białych; Baumgarten sądzi, że komórki epiteloidalne gruzełka tworzą się z komórek stałych danej tkanki i że leukocyty dopiero następowo się tam ukazują, wreszcie według Miecznikowa gruzełek jest utworzony przez jednojądrowe fagocyty pochodzenia mezodermicznego.

Autorzy pracy niniejszej podjęli długi szereg doświadczeń, mający na celu przyczynienie się do wyświecenia tej ważnej a nawet w zasadniczych punktach spornej kwestyi; polegały one na szczepieniu gruźlicy królikom oraz świnkom morskim w oko, miejsce klasyczne dla tego rodzaju doświadczeń, oraz nerkę; autorzy wybrali ten ostatni organ z tego względu, że złożony przeważnie z komórek przybłonkowych pozwalał wyraźnie oznaczyć rolę, jaką odgrywa tkanka łączna w powstawaniu gruzełka. Doświadczenia wykonano na 73 zwierzętach, obserwowano zaś zmiany patologiczne po upływie od 10 minut do 57 dni po szczepieniu. Ażeby uwidocznić, jakie zmiany zależą od działania laseczników, jakie zaś powstają po szczepieniu wskutek samego urazu, który pochodzi z nakłucia organu oraz wstrzyknięcia doń płynu wraz z lasecznikami, wstrzykiwali autorzy zwierzętom do doświadczeń użytym w organy przeznaczone po stronie przeciwległej jak najsubtelniejszą zawiesinę, mianowicie tusz chiński. W zmianach patologicznych, jakie znajdują się podczas powstawania gruzełka, rozróżniają autorzy 5 okresów:

1) pierwsze oznaki odczynu ze strony tkanki (odczyn wysiękowy);
2) leukocytoza wielojądrowa pierwotna;
3) odczyn elementów miejscowych; tworzenie się komórek epiteloidalnych;
4) leukocytoza jednojądrowa;
5) zwyrodnienie gruzełka.; leukocytoza wielojądrowa następowa.

W okresie pierwszym odczyn ze strony tkanki występuje jako wysięk surowiczo-włóknikowy; nie jest jednak bynajmniej charakterystycznym dla gruźlicy, gdyż występuje również po wstrzyknięciu do organu tuszu a więc jest prostym skutkiem urazu. Wkrótce po wprowadzeniu laseczników do tkanki otaczają się one masą jednorodną lub też nadzwyczaj drobnoziarnistą, natury białkowatej; masa ta powstaje z napęczniałych włókien łącznotkankowych oraz pozostałości

komórkowych, *restes cellulaires* (?); po pewnym czasie staje się ona ziarnistą, powstają w niej pęcherzyki oraz otacza się wysiękiem włóknikowym. Po upływie mniej więcej 3-ch godzin po zakażeniu występują leukocyty wielojądrowe, gromadzą się u obwodu ognisk zakażnych, przez kilka pierwszych dni ilość tworów tych wzmaga się, układają się one w ogniska, w których częstokroć wykazać można laseczniki gruźlicze. Najczęściej znajdują się w tkance leukocyty i laseczniki bezpośrednio obok siebie a ciałka białe ostatnich nie pochłaniają. Ani w naczyniach krwionośnych, ani limfatycznych autorzy nie mogli wykazać leukocytów wielojądrowych zawierających w sobie laseczniki. Po kilku dniach leukocyty te wyradzają się: rysy ich zacierają się, tworzą się w nich pęcherzyki, wreszcie chromatyna rozpada się na ziarna barwiące się słabo. W okresie tym często szczątki leukocytów bywają pochłaniane przez komórki stałe tkanki. Po wstrzyknięciu śródmiąższowem tuszu występuje również leukocytoza, nie jest jednak ani tak znaczna, ani nie trwa tak długo, jak po wprowadzeniu do tkanki laseczników gruźliczych.

W okresie, w którym rozpoczyna się z wyrodnienie leukocytów wielojądrowych, następuje odczyn ze strony komórek danej tkanki: pierwoszcze komórek pęcznieje, liczba jąder zwiększa się, występują w nich figury karyokinetyczne. Komórki stałe tkanki przekształcają się na komórki epiteloidalne oraz pochłaniają laseczniki i szczątki komórek. Komórki stałe tkanki łącznej również przekształcają się w epiteloidy (w rogówce, naczyniówce, spojówce), toż samo komórki ziarniny; komórki śródbłonkowe naczyń oraz błony Descemeta, jakoteż przybłonek barwikowy tęczówki i siatkówki przemieniają się także w komórki epiteloidalne. W nerce przekonali się autorzy o powstawaniu tworów tych z komórek przybłonkowych. Proliferacya komórek w tkance gruźliczej odbywa się po części drogą karyokinezy, po części zaś, zwłaszcza w nerce, jądra komórek stałych dzielą się, przyjmując kształty wydłużone, owalne, esowate, podkowiaste i t. p. W komórkach epiteloidalnych spotykali autorzy figury karyokinetyczne po 27—42 dniach po zakażeniu. Komórki epiteloidalne, pochłonąwszy laseczniki, znacznie powiększają się; w ogóle wielkość ich jest bardzo rozmaitą: na obwodzie gruzełka są one zwykle mniejsze i kształtu podłużnego, w środku zaś większe i okrągłe. W tym samym okresie, w którym powstają epiteloidy, występuje w gruzełku siatka utkana z cienkich włókienek, charakterystyczna dla tego tworu. Siatka ta jest w ścisłym związku z włóknami tkanki siatkowatej danego organu. Drobniejsze włókienka siatki tej są wytworem sztucznym, powstałym za strąceniem białka przez płyny utrwalające. W organach, do których autorzy wstrzykiwali tusz, spostrzegali również proliferacyę tkanki oraz pochłanianie cząsteczek tuszu przez komórki stałe; czasami komórki te pęczniały do tego stopnia, że stawały się one zupełnie podobnemi do epiteloidów; wogóle jednak sprawy te występowały w stopniu znacznie mniejszym aniżeli w gruźlicy.

Leukocyty jednojądrowe ukazują się w gruzełku już w okresie leukocytozy wielojądrowej; liczba ich wzrasta podczas tworzenia się komórek epiteloidalnych; jako naciek występują one jednak dopiero w 6—9 dni po zakażeniu. Leukocyty te układają się po największej części w pobliżu naczyń a grupują się przeważnie na obwodzie gruzełka; być może, stanowią coś w rodzaju warstwy odosobniającej dla gruzełka. W okresie tym przedstawia się więc gruzełek w sposób następujący: środek zajmują komórki epieltoidalne oraz leukocyty wielojądrowe i niewielka ilość leukocytów jednojądrowych; na obwodzie komórki epiteloidalne, tu stosunkowo małe, gęsto ułożone, naokoło zaś tej warstwy widać leukocyty jednojądrowe, zapuszczające się w tkankę otaczającą gruzełek.

W okresie, w którym rozpoczyna się wyrodnienie serowate gruzełka, występuje powtórnie leukocytoza wielojądrowa, nie jest jednak tak znaczna jak w drugim okresie rozwoju gruzełka. Zwyrodnienie serowate nie ma żadnego związku z wielkością gruzełka; częstokroć autorzy spostrzegali całkowite zserowacenie gruzełków bardzo małych. Zmiana ta zależy wyłącznie od dopływu soków odżywczych do tkanki chorobowo zmienionej. W środku zserowaciałych ognisk rozmnażają się laseczniki bardzo obficie.

Co się tyczy komórek olbrzymich, autorzy nie roztrzygnęli kwestyi spornej ich pochodzenia a mianowicie, czy komórki te tworzą się przez zlanie się kilku komórek, czy też przez dzielenie się jądra jednej komórki; przekonali się tylko, że komórki olbrzymie występują w 10—33 dni po zakażeniu oraz, że częściej spotkać można twory te u świnek morskich, aniżeli u królików. Opisują oni jednak i rysują komórki olbrzymie, w których dokładnie odróżnić można zarysy komórek; jądra komórek tych były zazwyczaj okrągłe, rzadko nieregularne, w postaci S lub podkowy; karyokinezy w jądrach tych autorzy nigdy nie widzieli.

Zdaniem autorów w tworzeniu się komórek olbrzymich odgrywa pewną rolę owa masa plazmatyczna z włókien tkanki łącznej powstała, którą otaczają się laseczniki w pierwszym okresie rozwoju gruzełka; masa ta staje się w późniejszych okresach ziarnistą i przez to bardzo podobną do pierwoszcza komórek epiteloidalnych, z którą się zlewa po pewnym czasie. Epiteloidy są niejako sklejone ze sobą przez tę masę; jądra ich pod wpływem podrażnienia przez laseczniki poczynają mnożyć się, pierwoszcze zaś komórek tych już się nie dzieli, gdyż owa masa plasmatyczna staje temu na przeszkodzie. Stósownie do kierunku, w którym dzielą się jądra, układają się one to w środku, to na obwodzie powstałych w ten sposób komórek olbrzymich. Wskutek działania płynów utrwalających komórki olbrzymie kurczą się, oddzielają od komórek otaczających a na obwodzie ich ukazują się niejako wyrostki (*appendices*) rozgałęzione; są to skurczone części komórek olbrzymich, wchodzące pomiędzy inne komórki tkanki; z wyrostkami tymi łączą się także włókna tkanki łącznej. Powyższe tłómaczenie powstawania komórek olbrzymich, oraz wiele poszczególnych rezultatów pracy niniejszej ilustrują autorzy szeregiem rysunków starannie wykonanych. (*Archives de médecine experimentale et d'anatomie pathologique. Ser. I, T. IV, Nr. 6, 1892*). *K. Klecki.*

Terapia.

Teukryn.

Prof. Mosetig-Moorhof wychodząc z zasady, że wiele chorób można uleczyć przez przyspieszenie obiegu krwi, przez pobudzenie przekrwienia czynnego, postanowił robić doświadczenia z lekiem takim wziętym ze świata roślinnego. Lek wspomniany otrzymał jako wyciąg z rośliny ożanki czosnkowej *teucrium scordium* (wyrabia aptekarz Friedrich, Wiedeń, IX, Porcellangasse, 5) i czynił z nim doświadczenia od r. 1888 na przeszło 300 przypadkach.

Zastrzyknięcie tego środka wywołuje reakcyę ogólną (podwyższenie ciepłoty nawet do 40°, przyspieszenie tętna, dreszcz i t. d.) jakoteż miejscową, która rozmaicie się objawia, zależnie od stopnia rozwoju choroby. Zimny ropień n. p. do drugiego dnia sam jakoteż najbliższa okolica zaczerwienia się, obrzmiewa, staje się bolesnym na dotyk — słowem ma się teraz do czynienia z wrzodem zapalnym. Pozostawiony sobie pomniejsza się, kurczy, ulega wessaniu i t. d., gdy zaś przyspieszając sprawę otworzymy go (autor czyni to po 3 dniach), to wychodzi zupełnie cała treść wraz z tkanką obumarłą, wrzód otaczającą tak, że rychło następuje zagojenie. Jeżeli i kość sąsiednia była zajętą, to sprawa nie kończy się tak pomyślnie, lecz pozostaje zwykle przetoka, ale chory zyskał i tak, bo pozbył się uciążliwego ropnia zimnego.

Podobnie dobre skutki miał w obrzmieniu gruczołów n. p. szyjnych, nawet takich i tak wielkich, iż nie były dostępne dla noża; dalej w liszaju żrącym i promienicy (*aktinomycosis*).

Wstrzyknięcie n. p. we wrzodzie zimnym 2 razy po 3 gramy wystarcza zupełnie, aby wywołać sprawę zapalną a następnie ukończyć chorobę operacyą a właściwie szerokiem nacięciem. W liszaju żrącym n. p. powstaje strup, który po pewnym czasie odpada i pozostawia tkankę zdrową.

Jak widzimy, wyniki są świetne według autora, tembardziej, że mamy tu do czynienia ze środkiem wiadomym a nadto, że tak długo miał z nim do czynienia i doświadczał na tak wielu osobach, iż chyba można mu zaufać zupełnie. (*Wiener med. Presse, Nr. 6, 1893*).

Dr. B. Olszewski.

Medycyna sądowa.

Prof. Seydel. **Znaczenie przerostu grasicy przy sekcyach sądowo-lekarskich.**

Grawitz, Nordtmann i Scheele opisali przypadki nagłej śmierci z powodu przerostu grasicy u ludzi poprzednio zupełnie zdrowych, u których sekcya oprócz przerostu grasicy, żadnej zmiany nie wykazała. Przerost ten w powyższych przypadkach wytwarzał się w bardzo krótkim czasie.

Groźne objawy ze strony narządu oddechowego mające za podstawę zboczenia grasicy opisali jako *asthma thymicum* Giuseppe Somma i Jakobi. Przypadki kurczu głośni kończącego się śmiercią opisali Soltmann-Breslau a głównie Pott, i wskazali również na związek choroby tej z zboczeniami w grasicy. Pott sam był obecnym przy czterech przypadkach zejścia śmiertelnego u dzieci. Napad śmiertelny kurczu wystąpił, wedle opisu Potta, w chwili, gdy dzieciom głowę w tył nieco przechylił i wprowadził do ust łopatkę celem obejrzenia gardła. Objawy napadu tego nie różniły się niczem od objawów charakterystycznych dla uduszenia gwałtownego. Mimo objawów duszenia dzieci te zginęły z powodu natychmiastowego ustania czynności serca. Sekcya wykazała w tych przypadkach zmiany krzywicze w układzie kostnym, a nadto znaczne obrzmienie przerosłej grasicy. O ile z jednej strony są autorzy, jak Paltauf, którzy przerostowi grasicy w przypadkach nagłej śmierci żadnego żadnego znaczenia nie przypisują, o tyle znowu inni jak Friedeleben i Cohnheim na przerost ten w przypadkach śmierci skutkiem kurczu głośni (*spasmus glottidis*) kładą wielki nacisk. Seydel nie sądzi, aby kurcz głośni stanowił poronną formę rzucawki (*eclampsia*) i miał za przyczynę zadrażnienie ośrodka kurczowego w korze półkul; zdaniem jego przyczyna nagle występującego kurczu głośni na tem polega, iż powiększona grasica z chwilą przechylenia w tył głowy, będąc utkania siatkowatego jak śledziona, nagle otrzymuje większą ilość krwi, obrzmiewa, a ponieważ równocześnie zmniejsza się objętość górnej części klatki piersiowej (zazwyczaj w tych przypadkach krzywicą zeszpeconej), zatem powiększona grasica uciska nerwy dla życia niezbędne tak, iż znosi ich działanie prawidłowe. Dlatego też w przypadkach Potta, dzieci zmarły na porażenie serca; ucisk bowiem grasicy na nerwy błędne zatamował czynność serca.

Opierając się na przypadkach dotychczas ogłoszonych śmiertelnego zejścia skutkiem kurczu głośni, zwraca Seydel uwagę lekarzy sądowych na to, aby w sekcyach sądowych na zwłokach dzieci uwzględniali zachowanie się grasicy, zwłaszcza jeśli sekcya wykaże uduszenie jako najpodobniejszą do prawdy przyczynę.

U dzieci, które cierpiały na kurcz głośni, można nagłą ich śmierć najzupełniej wytłómaczyć przerostem grasicy a wyłączyć winę drugiej osoby. Zdanie wypowiedziane w końcu pracy Potta że „przerosła grasica wpływa ujemnie na czynność oddechania i krążenia, bądź zwolna, bądź nagle, a może w pozornie najlepszym stanie zdrowia przynajmniej pośrednio stać się przyczyną nagłej śmierci“ powinien mieć lekarz sądowy na pamięci w tych przypadkach, w których wynik sekcyi jest ujemnym lub wątpliwym a śledztwo nie wykazało motywu zbrodniczego. (*Vierteljschr. f. gerich. Med. Tom. V. Z. 1. 1893*).

Dr. Schilling. **O znakach przemawiających za odbyciem kilku porodów.**

Często trafiają się przypadki, w których lekarz sądowy ma obowiązek badać kobietę, podejrzaną o zatajenie porodu i dzieciobójstwo, względnie morderstwo, czy ona okazuje znaki odbycia porodu. O ile pewnemi są znaki pierwszego porodu płodu donoszonego lub prawie donoszonego, już nie tak pierwszego poronienia, o tyle niepewnymi okazują się w obec ścisłej krytyki znaki porodu powtórnego, jeżeli dłuższy przeciąg czasu upłynął od chwili, w której miał się odbyć ostatni poród. Często mogą wszystkie znaki razem dowieść, iż poród się odbył; częściej jednak musi lekarz albo oświadczyć się tylko z pewnem podobieństwem do prawdy za odbyciem porodu, albo też orzec, co najmniej sędziego zadowalnia, iż badanie lekarskie nie daje żadnej podstawy do stwierdzenia, choćby z pewnem prawdopodobieństwem, że poród się odbył.

Trudność wykazania porodu powtórnego na tem polega, że znaki wybitne dla pierwszej ciąży i porodu jak wydzielanie mleka, rozstępy skórne, zwiotczenie powłok brzusznych, zabarwienie znaczniejsze linii białej i obwódki około brodawek, wręby ujścia macicznego i t. d. nie występują za drugim i trzecim porodem w takim stopniu, jak za pierwszym lub też braknie ich w części zaraz po porodzie lub w czasie badania sądowo-lekarskiego.

Liman słusznie też rozróżnia znaki porodu trwałe od przemijających. Jeżeli podczas powtórnego porodu nie wytworzą się nowe wręby a osłabienie ogólne ustąpi, to pozostają jeszcze jako znaki odbycia porodu wydzielanie się mleka z gruczołów piersiowych, świeże rozstępy na powłokach brzusznych, większe lub mniejsze powiększenie macicy, wreszcie odchody połogowe z dróg płciowych. Odchody jednak połogowe znikają zwykle już po upływie czterech tygodni, również i macica staje się prawidłowej wielkości, a rozstępy przy powtórnych porodach rzadko są świeże, lub tak nieliczne, że ich odróżnić nie można od rozstępów po dawniejszych porodach.

Tak więc pozostaje wydzielanie się mleka jako jedyny znak powtórnie odbytego porodu. Gruczoły piersiowe zaczynają wydzielać mleko w drugiej połowie a ciąży wydzielają je u matek nie karmiących przez 10—12 tygodni. Zdarzają się jednak przypadki, że mężatki jak i dziewice, mimo iż nie były nigdy brzemiennemi, mają mleko w gruczołach piersiowych. Ażeby więc nie pomylić się w przypadku sądowym i na zasadzie obecności mleka z sutków wycisnąć się dającego u kobiety o zatajenie porodu i t. d. obwinionej nie orzec, iż rodzić musiała, zaleca się dłuższe badanie obwinionej. Autorowi zdarzył się podobny przypadek. Kobieta obwiniona o zatajenie porodu i dzieciobójstwo nie okazywała żadnych znaków przemawiających za odbyciem niedawno porodu, jak tylko wydzielanie się mleka. Kobieta ta stanowczo zaprzeczała, jakoby w ostatnim czasie rodziła. Badanie autora trwające przez pięć miesięcy wykazało zgodnie z podaniem obwinionej, iż gruczoły piersiowe u niej jednostajnie mleko przez ten czas wydzielały.

O tego rodzaju wyjątkowych przypadkach wydzielania się mleka poza okresem płodzenia wspomina tylko Villaret i Rheinstädter w rozdziale o brzemienności. (*Vierteljschr. f. gerichtl. Med. T. V. Z. 1. 1893*). *Dr. Wachholz.*

Choroby oczne.

R. Greeff. **Rzadki przypadek rzekomej jaglicy (Pseudotrachoma).**

U 14-letniego chłopca, który przedtem nigdy nie chorował na oczy, wystąpiło od kilku miesięcy cierpienie oka lewego wśród objawów łzawienia, pieczenia i małego światłowstrętu. Badanie wykazało zgrubienie i mocne zaczerwienienie załamka górnego i dolnego, zaczerwienienie i obrzmienie spojówki obu powiek, pokrytej gęsto obok siebie usadowionemi, półkulistemi ziarnami szaro-różowej barwy, mało przeświecającemi. Ziarna ułożone w szeregach poziomych regularnie obok siebie, dość duże, niektóre dochodzą do 3 mm. średnicy; reszta części oka bez zboczeń. Prawe oko zdrowe, narządy wewnętrzne również. Rozpoznano jaglicę, jakkolwiek z pewnemi zastrzeżeniami; dziwnem bowiem wydawało się, że cierpienie powstało bez zarażenia wykazać się dającego [1]), nie przeszło na drugie oko i nie udzieliło się nikomu z rodziny chorego, pomimo że nie przedsięwzięto

[1]) W Berlinie, gdzie chory mieszkał, jaglica jest o wiele rzadszą niż u nas (przyp. ref.).

żadnych środków ostrożności. Kilkotygodniowe leczenie zimnemi okładami i wkraplaniem $^1/_5$ % roztworu siarkanu miedziowego nie wpłynęło wcale na sprawę chorobową, a gdy choremu zaproponowano wygniecenie ziarn, przestał uczęszczać do polikliniki. Po 9 miesiącach widział go znów autor i, chociaż chory prócz powyższych kropli używanych przez krótki tylko czas w domu nie leczył się wcale, choroba ustąpiła zupełnie.

Jestto więc przypadek cierpienia spojówki, którego obraz anatomiczny odpowiada jeszcze najwięcej ostrej jaglicy z nadzwyczaj dużemi i licznemi ziarnami, z miernemi objawami zadrażnienia, z drugiej jednak strony tak przebieg choroby jak i zejście, wyleczenie mianowicie prawie samoistne po kilku miesiącach bez pozostawienia blizn w spojówce przemawiałyby za zapaleniem spojówki mieszkowem (*conj. follicul.*) raczej niż za jaglicą. Byłby to więc przypadek atypowy, przemawiający za tem, że może się zdarzyć zapalenie spojówki mieszkowe, robiące z początku wrażenie ostrej jaglicy, różniące się jednak od niej wybitnie swym przebiegiem. Prawdopodobnie te dwa tak różne a przecież nieraz tak podobne do siebie cierpienia spojówki powstają skutkiem działania całkiem odrębnych przyczyn, których jednak nie udało się wykazać do dziś dnia. Z przypadku powyższego wypływa przestroga, aby zbyt wcześnie w przypadkach wątpliwych nie rozpoznawać jaglicy, gdyż w danym razie leczenie zanadto energiczne niewinnego kataru mieszkowego, wziętego za jaglicę, wywołać może gwałtowną reakcyę i zakończyć się przy używaniu środków mocno drażniących, jak np. siarkanu miedzianego, zbliznowaceniem spojówki. W przypadkach zapalenia spojówki mieszkowego poleca autor wypróbowany przez siebie z dobrym skutkiem 2% lub 3% roztwór dwuboranu sodowego czyli boraksu (*Arch. f. Augenheilk. T. XXIV. Z. 1*).

G ü n z b u r g. **O praktycznej wartości pseudoefedryny.**

Objawiający się w nowszych czasach popęd do zastąpienia atropiny jakim innym lekiem, rozszerzającym źrenicę a nie mającym ujemnych jej stron jak np. niebezpieczeństwo wywołania ostrego napadu jaskry w oczach do tego usposobionych, upośledzenie wzroku przez dni kilka i t. p. skłonił G. do przedsięwzięcia szeregu doświadczeń powyższym środkiem. Pseudoefedryna jest to alkaloid otrzymywany z tego samego gatunku *Ephedra*, z którego przed niedawnym czasem prof. N a g a i w Tokio otrzymał t. zw. efedrynę, odznaczającą się podobnem jak tamta działaniem. Wyniki doświadczeń z pseudoefedryną robionych w pracowni Albertoniego ogłosił dotychczas tylko Dr. Vriese z Bolonii.[1])

Autor wypróbował pseudoefedrynę w klinice prof. Magnusa u 120 osób w różnym wieku, bo od 9 do 85 lat liczących, używając roztworu 10—25%. U wszystkich środek ten sprawiał rozszerzenie źrenicy, nie u wszystkich wszakże jednakowe, i tak: w 68 przypadkach większe niż po kokainie, w 47 równe, w 5 zaś o wiele mniejsze, w żadnym zaś przypadku nie widział takiego rozszerzenia jak po 1% homatropinie. Rozszerzenie źrenicy po jednorazowem zapuszczeniu roztworu 10—15% występowało w 50—60 minut, po trzechkrotnem zapuszczeniu w 40—50 min., zaledwie 20% lub 25% roztwór rozszerzał źrenicę po $^1/_2$ godziny. Działanie występowało rychlej u dzieci, niż u dorosłych. Rozszerzenie źrenicy utrzymywało się średnio przez 10 godzin; oczywiście zależało to też od tego czy raz czy kilkakrotnie zapuszczano. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, oddziaływanie źrenicy na światło i akomodacya nie były zniesione, chociaż podczas największego rozszerzenia oddziaływanie było nieco słabsze. W żadnym przypadku nie spostrzeżono podwyższenia ucisku śródocznego, zadrażnienia spojówki, upośledzenia wzroku lub olśnienia. W razie przekrwienia lub zapalenia tęczówki pseudoefedryna wcale nie rozszerza źrenicy. Mimo więc dodatnich stron, jakie ma bezwątpienia przed atropiną lub homatropiną, ma też i swoje ujemne, a mianowicie:

1) Rozszerzenie źrenicy nie jest tak znaczne, jak po homatropinie.

2) Rozszerzenie źrenicy występuje zwykle dopiero po 40 lub 50 minutach; dalej z powodu, że w początku rozszerzona źrenica jeszcze mocno oddziaływa na światło, badać można np. wziernikiem dopiero po godzinie lub dwóch, gdy już oddziaływanie osłabnie wśród największego rozszerzenia.

3) Używając słabszego roztworu np. 10% trzeba kilkakrotnie zapuszczać, co dla lekarza i dla chorego jest niedogodnem, mocniejszy zaś roztwór w razie nieżytu spojówkowego łatwo wywołuje zadrażnienie.

4) U rozmaitych osób występuje działanie rozmaicie tak co do czasu, jak i co do stopnia rozszerzenia źrenicy.

5) Nie działa wcale w zapaleniu, nawet przekrwieniu tęczówki.

6) Chociaż pseudoefedryna nie rozkłada się na świetle, to jednak traci swe własności w krótkim stosunkowo czasie.

Z porównania więc wszystkich danych za i przeciw nabywa autor przekonania, że pseudoefedryna, nie mogąc wyrugować homatropiny, dałaby się korzystnie użyć tylko w pewnych przypadkach a mianowicie tam, gdzie chodzi o to, by u chorego nie wywołać porażenia tęczówki i akomodacyi, jakoteż w przypadkach idyosynkrazyi; ale i w tych nawet razach kokaina te same może oddać usługi. (*Arch. f. Augenheilk. T. XXII. Z. 2 i 3*).

C. F r o e h l i c h. **Eskorcyna jako barwik w celach rozpoznawczych.**

Eskorcyna, która powstaje przez działanie ługu sodowego na eskuletynę, nie należy ani do grupy barwików anilinowych, ani nie ma nic wspólnego pod względem chemicznym z fluorescyną, nadaje się zaś lepiej, niż ta ostatnia, do dyagnostyki w okulistyce. — Jeżeli wpuścimy na zdrową, całkiem prawidłową rogówkę kroplę 10—20% rozczynu kwasu eskorcynowego, tkanka rogówkowa wcale się nie zabarwi, łzy tylko przyjmują zabarwienie czerwonawe. Każdy jednak, choćby najmniejszy, niedający się nawet gołem okiem dostrzedz ubytek przybłonka rogówkowego uwydatni się natychmiast jasno-czerwonem zabarwieniem. Zabarwienie to znika wkrótce tak, że w większych nawet wrzodach już po 20 minutach nie zostawia ani śladu. Rozczyn ten nie wywołuje w oku żadnego zadrażnienia a ze skóry powiek lub policzka z łatwością daje się usunąć zwilżoną watą. Wprost przeciwnie, jak fluorescyna, odznacza się słabą dyfuzyą a szybką resorpcyą; gdy bowiem pierwsza w większych wrzodach rogówkowych, skutkiem szybkiego przenikania w sąsiednią tkankę, wkrótce całą rogówkę zabarwia i przez to utrudnia dokładne ocenienie rozległości wrzodu, a zabarwienie ustępuje dopiero po kilku, czasem nawet dopiero po 24 godzinach, to przeciwnie eskorcyna przenika w części sąsiednie tylko tak daleko, jak daleko sięga zwiotczenie, rozpulchnienie tkanki rogówkowej i zabarwienie ustępuje szybko. Także i ta okoliczność, że eskorcyna barwi czerwono, fluorescyna zaś, jasno zielono, jest korzystniejszą, gdyż miejsce rogówki zabarwione eskorcyną o wiele wybitniej występuje na tle np. szaro-zielonawej tęczówki.

Nie zgadza się też autor z N i e d e n e m, który twierdzi, że niema lepszego środka do ścisłego oznaczenia granicy wrzodu jak fluorescyna, gdyż właśnie skutkiem łatwego i szybkiego przenikania, granica ta przekracza znacznie przestrzeń chorobowo zmienioną.

Oba barwiki największe mają znaczenie w celach rozpoznawczych, gdyż uwidoczniają najmniejsze nawet ubytki przybłonka, które w złem świetle łatwo ujśćby mogły uwagi zwłaszcza nie zbyt wytrawnego badacza. Dalej pozwalają ocenić, czy i w jakim stopniu zmienił się przybłonek w przypadkach, w których sprawa chorobowa zajmuje głębsze warstwy rogówki. W cierpieniach spojówki oddaje też eskorcyna usługi, gdyż uwydatnia równie dobrze wszystkie miejsca pozbawione przybłonka. Używając jednak eskorcyny należy zwrócić na to uwagę, że ze łzami czerwono zabarwionemi łatwo dostać się może do nosa, przeto chorzy nieraz sądzą, iż po zapuszczeniu kropli do oka, dostali krwotoku; tych trwożliwych pociesza autor słowami poety:

[1]) *Annales d'ocul. 1889. Mars. Avril.*

„K r e w t o s o k c a ł k i e m o d r ę b n y". (*Arch. f. Augenheil. Tom XXIV. Z. 4*). *Dr. Langie.*

Choroby dzieci.

S t r e l i t z: **Przyczynek do etyologii pęcherzycy** (*pemphigus*).

Badanie bakteryologiczne treści pęcherzów w pecherzycy ogłoszone przez autora *w XI. T. Archiv für Kinderheilkunde* wykazało obecność *staphylococcus pyogenes aureus i albus*. Badania innych autorów stwierdziły obecność tych koków a szczepienie ich hodowli przez Almquista nawet na samym sobie wywoływały powstanie pęcherzy jednakich z pęcherzycą. Autor postrzegał 6 przypadków tej choroby z jednego domu, z tych dwa z jednej familii, wszystkie wyleczone. Otrzymawszy z treści pęcherzów czyste hodowle *staphylococcus pyogenes aureus* szczepił je na jednym ze swoich uczniów i na sobie i postrzegał, jak po 30 godzinach z uczuciem mocnego swędzenia powstawały pęcherze, które po przyschnięciu i odpadnieniu blizn po sobie nie zostawiały, gdyż cała sprawa przebiegała w powierzchownych warstwach przyskórka. Choroba rozszerzała się i powstawały nowe pęcherze przez 4 tygodnie, przyczem nie widział autor znacznej bolesności lub obrzmienia gruczołów; to badanie bakteryologiczne jakoteż te doświadczenia stanowią dowód, że wyż wspomniane koki są przyczyną tak zwanej pęcherzycy noworodków. Nazwa ta jest całkiem niesłuszna, gdyż, lubo wprawdzie choroba ta najczęściej powstaje u osesków w zakładach położnic i podrzutków, to jednak i starszym może się udzielać a wnosząc z przebiegu i objawów łagodnych winna ta forma pęcherzycy, nazywać się ostrą albo łagodną (*pemphigus acutus v. pemphigus benignus*). (*Archiv für Kinderheilkunde Nr. 1 i 2. 1893*). *Dr. Komorowski.*

V o u t e: **Indykanurya a gruźlica u dzieci.**

Autor robił dalsze badania, o ile gruźlica i indykanurya razem się schodzą. Wyniki jego badań zupełnie nie mogą poprzeć prac Hochsingera (1890) i Kahanego (1892), którzy utrzymują, że znalezienie znacznej ilości indykanu w moczu u dzieci niżej lat 6 a podejrzanych o gruźlicę może rozstrzygać o rozpoznaniu.

Voute obserwował 71 przypadków, z tych w 37 wykazano gruźlicę, pozostałe tyczyły się dzieci z innemi chorobami. W pierwszej seryi przypadków na 61 badań znalazł:

brak reakcyi	13	razy
nieznaczną reakcyę	27	„
średnią „	15	„
mocną „	6	„

W drugiej seryi na 42 badań znalazł:

brak reakcyi	10	razy
nieznaczną reakcyę	11	„
średnią „	10	„
mocną „	11	„

Wyłączywszy dzieci wyżej lat 6, u których odżywianie się i trawienie zupełnie zbliża się do trawienia osób dorosłych, pozostaje w pierwszej seryi a więc u dzieci z gruźlicą 14 prób dodatnich, w drugiej seryi prób 18.

Z tegoby wynikało, że znalezienie większej ilości indykanu w moczu u dzieci niżej lat 6 zupełnie nie stanowi dowodu istnienia w organizmie gruźlicy, tem samem nie może przyczynić się do rozpoznania w wątpliwych przypadkach. Prób dokonywano za pomocą metody Jaffa z modyfikacyą Stockvisa: do moczu dodawano 10% roztworu ołowiu, poczem dopiero dolewano chloroformu. (*Revue mensuelle de maladies de l'enfance. Fevrier, 1893*).

B i s s e l: **Mimowolne moczenie za dnia u dzieci i leczenie tego cierpienia.**

Mimowolne oddawanie moczu u dzieci za dnia daleko jest rzadsze niż moczenie w nocy, lecz jeszcze dość częste, by zasługiwało na uwagę lekarzy.

Dr. B i s s e l l z Nowego Jorku, który miał sposobność obserwować znaczną liczbę przypadków tego rodzaju, rozróżnia trzy odmiany tego cierpienia.

W pierwszej niemożność powstrzymania moczu zależy od zaburzeń miejscowych lub zadrażnienia organów moczopłciowych, jak to ma miejsce w przypadku stulejki (*phimosis*) lub z przyczyny rupiów (*oxyuris vermicularis*), w zapaleniach cewki moczowej lub pęcherza.

Usunięcie tych zaburzeń lub zadrażnienia organów moczopłciowych jest, jak się rozumie, najlepszym środkiem w tym przypadku.

Druga odmiana obejmuje dzieci nerwowe o budowie słabej i delikatnej. Tutaj koniecznem jest zachowanie odpowiedniej dyety i higieny, mających na celu wzmocnić organizm a zmniejszyć nadczułość nerwową. W tym też celu uciec się trzeba do gimnastyki, mięsienia, hidroterapii, kąpiel morskich i t. d. Między zaś środkami lekarskiemi belladona sama lub z ergotyną dobre ma oddawać usługi.

Autor poleca szczególnie czopki następującego składu:

Rp. *Pulv. nucis vomic.* 0·01
Butyr. Cacao q. s.
fiat suppositorium. Dent. tal. dos. X.
S. Po 4 czopki dziennie,

lub każe podawać proszki:

Rp. *Pulv. Rhus toxicodendri* 0·10
Sacch. albi 3·00
Mf. pulv. div. in dos. Nr. X.
S. 1—2 proszków dziennie.

Poleca on również prąd faradyczny (jeden biegun na międzykrocze, drugi w okolicy lędźwiowej lub podbrzusza), przestrzega zaś przed wprowadzaniem instrumentów do cewki lub pęcherza, o ile tego niema koniecznej potrzeby.

W trzeciej kategoryi przyczyną cierpienia bywa niedostateczne wykształcenie mięśniów szyjki i samego pęcherza. W tych przypadkach poleca leczenie jak w grupie poprzedniej. (*La semaine médicale. 11 Ferrier, 1893*).

Dr. Pelczar.

Notatki terapeutyczne.

Przeciw kiłowym złogom barwikowym w skórze, nieraz tak wytrwale opierającym się leczeniu ogólnemu w okresie choroby drugorzędnem, zaleca Dr. A. Robin ze szpitala *la Pitié* w Paryżu:

naprzód nacieranie następującym płynem:

22) Rp. *Spir. vini rectificati* 100 00
Mercurii sublimati
Saloli āā grma
Olei bergamottae vel geranii
q. s. ad odorem.
DS. Po natarciu ma samo wyschnąć;

następnie po niejakim czasie, gdy plamy barwikowe cokolwiek zbladły, należy je lekko nacierać:

23) Rp. *Glycerini puri*
Aquae rosarum
āā 50·00
Boracis venetae 4·00
Liquoris Van Swieteni 20·00

poczem posypać proszkiem:

24) Rp. *Talci venetae*
Zinci oxydati
Camphorae
Saloli āā 10·00.

(*La médecine moderne. Nr. 12, 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

I. posiedzenie w dniu 21. stycznia 1893.

Przewodniczący kol. F e i g e l. — Obecnych członków 26.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany przyjęto.

2) Po krótkiem przemówieniu ustępującego z powodu cierpienia przewodniczącego, gospodarz kol. Longchamps przedłożył

roczne sprawozdanie, które przyjęto i za które mu udzielono absolutoryum.

3) Sprawozdanie sekretarza kol. Stahlbergera o czynnościach i ruchu naukowym Sekcyi w r. 1892 przyjęto.

4) Nastąpiły wybory nowego Biura Sekcyi, które wypadły w następujący sposób:

Prezes: Dr. Schramm Hilary.

Wiceprezes: Dr. Stroynowski Edward.

Sekretarz: Dr. Bory Julian.

Bibliotekarz: Dr. Dębicki Klemens.

Członkowie Biura: Dr. Longchamps Bronisław i Dr. Mukowicz Edward.

Delegaci na walne zgromadzenie i do Rady zawiadowczej: Dr. Feigel Longin, Dr. Tatarczuch Władysław i Dr. Rosner Jan.

II. posiedzenie z dnia 4. lutego 1893.

Przewodniczący Dr. Schramm. — Obecnych członków 30.

---

1) Kol. Przewodniczący zagaja posiedzenie przemówieniem, w którem dziękuje za położone w sobie zaufanie i wybranie siebie prezesem Sekcyi i oświadcza, że usilnem staraniem jego będzie ożywić przedewszystkiem ruch naukowy w Sekcyi lwowskiej Tow. l. g. Starania jego będą jednakże bezowocne, jeżeli nie znajdzie poparcia u kolegów, których przeto wzywa do współdziałania w pracy około rozwoju towarzystwa. Przemówienie Przewodniczącego przyjęto oklaskami.

2) Wiceprezes Sekcyi Dr. Stroynowski dziękuje również za wybór solidaryzując się z dążnościami i celem wytkniętym w przemówieniu Przewodniczącego.

3) Kol. Przewodniczący poświęca kilka słów cieniom w dniu 1. lutego zgasłego Dr. Żegoty Krówczyńskiego, którego pamięć zgromadzenie uczciło przez powstanie.

4) Kol. Gluziński przedstawia trzech chorych:

a) Woźny pocztowy Wł., l. 54, objęty w leczenie w r. 1888 w grudniu. Wówczas stwierdzono rozległe nacieki w obu szczytach płuc, a w krtani obrzęk i naciek znaczny na chrząstce nalewkowej lewej, więzadle nalewkowo- nagłośniowem i owrzodzenie w przestrzeni międzynalewkowej po stronie lewej głęboko dążące. Chory od kilku miesięcy gorączkował, miewał dreszcze i poty. W ciągu r. 1889 częste zapalenia opłucnej suche. Leczenie polegało na stósowaniu kreozotu i forsownem żywieniu. Miejscowo w krtani: czterokrotne skrobanie i pędzlowanie kwasem mlekowym. Wyleczenie zupełne krtani w ciągu roku. Od 3 lat zupełny spokój w krtani; w płucach sprawa przyjęła cechy induracyi. Od 3 lat nie gorączkuje, nie ma dreszczów ani potów i pełni swoje obowiązki jako woźny pocztowy.

W przypadku tym w plwocinach od początku do dnia dzisiejszego utrzymują się prątki gruźlicze w bardzo znacznej ilości.

b) Kobieta wiejska ze Zniesienia zgłosiła się w r. 1889 z bezgłosem zupełnym. Badanie wykazało: guz wielkości orzecha włoskiego na więzadle lewem wrzekomem, wsuwający się między więzadła, gładki, ciemno zabarwiony i 3 mniejsze na więzadle wrzekomem prawem. Były to kilaki (*gummata*), które ustąpiły po wcieraniach szarą maścią, częściowo zaś zostały usunięte pętlą elektryczną. Obecnie krtań przedstawia się zupełnie prawidłowo.

c) Pl., uczeń seminaryum nauczycielskiego we Lwowie, zgłosił się z zupełnym bezgłosem na początku r. 1890. Przyczyną bezgłosu były brodawczaki (*papillomata*) wypełniające całe wnętrze krtani i usuwające się poniżej więzadeł. Usunięto dotychczas 40 i kilka (demonstracya wyjętych kawałków), obecnie jest jeszcze 3, po których wyjęciu chory na nowo będzie demonstrowany. Głos wraca.

Powyższe przypadki oprócz na żywych przedstawiono w kolorowych rysunkach zrobionych na początku choroby i w dzisiejszym stanie.

W dyskusyi zabiera głos kol. Longchamps, który zna pierwszego z chorych przedstawionych (woźnego) od kilku lat i znajduje u niego znaczne polepszenie w cierpieniu płuc i krtani.

5) Kol. Mahl przedstawia chorego z polipem znacznej wielkości w jamie noso - połykowej, który przedstawiał wielu lekarzom trudności rozpoznawcze i lecznicze z tego powodu, że nie zwracano uwagi na jamę noso-połykową. Podczas badania palcem i za pomocą rynoskopii tylnej można wykazać w jamie noso-połykowej guz wielkości prawie jaja kurzego osadzony na szypułce. Guz łatwy do obejścia palcem łatwo także da się usunąć a z nim także kilkoletnie dolegliwości chorego. W dyskusyi przemawiają koll.: Longchamps i Gluziński..

6) Kol. Bory przedstawia chorego z postępującym idyoczyli myopatycznym zanikiem a mianowicie z postacią odpowiadającą najbardziej t. z. typowi łopatko-ramieniowemu (*typus scapulo-humeralis*) z rozpoczynającym się udziałem mięśni twarzowych w zaniku — czyli w formie Duchenna lub Landouzy-Déjérina.

7) Następuje wykład kol. Machek a: O operacyi zaćmy bez wycięcia tęczówki (drukowany w Nr. 2 i 3 Przegl. lek. z r. b.)

8) Wnioski członków. Kol. Obtułowicz wnosi, ażeby celem zaznajamiania kolegów z natężeniem i sposobem szerzenia się chorób nagminnych, biuro Sekcyi zechciało postarać się o krótkie relacye peryodyczne o chorobach epidemicznych z miasta Lwowa i z powiatu lwowskiego i żeby sprawozdania te złożone na ręce sekretarza odczytywać na posiedzeniach. — Wniosek przyjęto.

9) Kol. Uhma wnosi zmianę dnia posiedzeń Sekcyi z soboty na piątek. Na wniosek kol. Przewodniczącego postanowiono wniosek kol. Uhmy przedstawić na porządku dziennym następnego posiedzenia.

10) Wniosek kol. Stachiewicza o złożenie Komisyi odczytowej postanowiono również przedłożyć na porządku dziennym najbliższego posiedzenia.

11) Wniosek kol. Kadyjego, ażeby celem ułatwienia wpłaty członkom Towarzystwa rozsyłano im czeki pocztowe, przyjęto bez dyskusyi.

Na tem zakończono posiedzenie. Sekretarz *Dr. Bory.*

V. Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Tow. lek. krak. w d. 22. lutego b. r. odbytem: 1) Kol. przewodniczący odczytał następujące pisma: *a*) c. k. Namiestnictwa, które przyjęło do wiadomości mianowanie członkiem honorowym Pasteura z Paryża: *b*) pismo polskiego komitetu zjazdu lek. w Rzymie o swem ukonstytuowaniu się z kol. Cybulskim jako prezesem; *c*) pismo komisyi przemysł. lek. o swem ukonstytuowaniu się z kol. Korczyńskim na czele; *d*) pismo komisyi przem. lek., by mleko, dostarczane z Grodkowic wskutek zaniedbywania przepisów wykreślić z listy środków polecanych; *e*) pismo komisyi przem. lek. co do wystawy lwowskiej. — 2) Kol. Śliwiński przedstawia 4 próbki wazeliny krajowéj, którą zaleci komisya przem. lek. 3) Kol. Ponikło miał zapowiedziany wykład: „O sposobach ułatwiających wykrycie prądków cholerycznych w wodzie“ (znajduje się w niniejszym numerze Przeglądu lekarskiego).

— N. Pan postanowieniem z dnia 14. stycznia b. r. przyjął podanie się o dymisyę Dra Jana Harajewicza, dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie a Wydział krajowy poruczył tymczasowo sprawowanie obowiązków dyrektora szpitala Drowi Stanisławowi Paszkowskiemu, lekarzowi ordynującemu (prymaryuszowi) drugiego oddziału chorób wewnętrznych. W dniu 1. marca b. r. odda Dr. Harajewicz za interwencyą komitetu administracyjnego dyrekcyę szpitala w ręce Dra Paszkowskiego.

— Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego zamianował Dra Józefa Zanietowskiego młodszego asystentem katedry fizyologii na dwa lata.

— W celu uczczenia pamięci zmarłego niedawno Dra Ottona Kahlera, profesora kliniki lekarskiéj w Wiedniu, postanowiono w Pradze utworzyć fundacyą jego nazwiska z celem naukowym, dokładnie jeszcze nie oznaczonym ale w każdym razie tyczącym się medycyny wewnętrznej i rozpoczęto zbieranie składek.

— **Cholera.** W dniu 17. i 18. b. m. nie było w całych Węgrzech ani jednego przypadku cholery a ponieważ w Galicyi wschodniéj nie było od kilkunastu dni również żadnego przypadku, przeto w téj chwili cała monarchia austro-węgierska jest

wolna od cholery. W Hamburgu od kilku dni nie było przypadku cholery, trafiała się ona jednak częściej temi dniami w sąsiedniej Altonie, co wywodzą się z wadliwego funkcyonowania filtrów wodociągowych tych samych, którym w roku zeszłym przypisywano ogólnie słabe występowanie cholery w porównaniu do Hamburga. W zakładzie obłąkanych w Nietleben i w sąsiedztwie Halli trafiają się ciągle jeszcze sporadyczne przypadki cholery, również w Marsylii i Dunkierce we Francyi.

— W budżecie miasta Warszawy wyznaczono szpitalom i instytucyom filantropijnym na rok 1893 następujące zasiłki:

	rubli
radzie miejskiej zakładów dobroczynnych	25.850
szpitalom	47.832
szpitalom dla chorób zakaźnych	16.000
szpitalowi wolskiemu	170
„ Dzieciątka Jezus	1.064
„ oftalmicznemu	270
„ dziecięcemu	2.000
warsz. Tow. dobroczynności	3.400
Osadzie w Studzieńcu i Puszczy (zakłady karne dla młodzieży do lat 18).	7.000
zakładowi poprawczemu moralnie zaniedbanych dzieci w Mokotowie	2.000
na utrzymanie 6 przytułków położniczych	12.840
Dr. Bujwidowi dla zakładu leczenia wścieklizny	2.010
na utrzymanie 150 kalek i chorych w Górze Kalwaryi i 30 kobiet w przytułku warsz. dla nieulecznych	19.530
na wynagrodzenie szpitalom innych miejscowości za leczenie mieszkańców warszawskich	5.400
na utrzymanie ambulatoryum i wydawanie darmo lekarstw niezamożnym	5.000
Koszt utrzymania 20 kobiet obłąkanych przy szpitalu Dzieciątka Jezus	4.400
Razem rs.	154.766

— Na kanalizacyę przeznaczono w Warszawie w r. 1893 711,680 rs.; na utrzymanie sieci rur wodociągowych 210,220 rs., na rozszerzenie jej 401,023 rs. Opłata za metr sześcienny wody wynosi w Warszawie średnio 8 kop.

— W Tyflisie odbędzie sie w końcu bieżącego miesiąca zjazd lekarzy kaukazkich w celu narady nad cholerą.

— W mieście Nikołajewie, w gubernii chersońskiej, liczącem 75.000 ludności, przypada jeden izraelita na 4 chrześcian. Otóż uderzającą jest rzeczą, że na cholerę chrześcian tam zachorowało 756 a umarło 382, izraelitów zaś zachorowało 32 a umarło tylko 13.

— Epidemia zeszłoroczna cholery w Niżnym Nowogrodzie sprowadziła wydatek 520.000 rubli, z czego przypada na zbudowanie baraku pływającego na Wołdze 37.000 rubli a na utrzymanie jego przez dwa miesiące koło 100.000 rubli.

— Niemiecka wystawa uniwersytecka w Chicago ma przedstawić cały obraz znaczenia uniwersytetów niemieckich jako zakładów naukowych i nauczających i ma obejmować cztery działy: ogólny, historyczny, przedstawiający teraźniejsze sposoby badania i nauczania i biblioteczny. Na szczególne życzenie pruskiego ministra oświecenia Dra Bossego osobny oddział przedstawi naukę anatomii, fizyologii i salę operacyjną kliniki chirurgicznej w Berlinie.

— Teraźniejszy minister rolnictwa francuski, Viger, jest doktorem medycyny i trudnił się dawniej długo praktyką lekarską.

— Siódmy kongres chirurgiczny francuski rozpocznie swe obrady 3. kwietnia b. r. w Paryżu pod przewodnictwem Prof. Lannelongue. Na porządku dziennym znajdują się włókniaki macicy i leczenie zmian gruźliczych stopy.

— Francuskie towarzystwo laryngologiczne i otologiczne odbędzie walne doroczne swe zgromadzenie w Paryżu w dniu 12. maja b. r. Na porządku dziennym: 1) leczenie otoku usznego; 2) leczenie gruźlicy krtani i 3) choroby jam ubocznych nozdrzy.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **M. w Ch.** Prenumeratę otrzymaliśmy.

Wni Dr. **A. S. w W.** i Dr. **A. S. w L.** Otrzymaliśmy, umieścimy a polecenia spełnimy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 4. Marca 1893. Nr. 9.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „	40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „	20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Z kazuistyki cięcia cesarskiego.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
drugi asystent kliniki.

Dnia 26. czerwca 1892 roku o godz. $7\frac{1}{2}$ rano przywieziono do kliniki położniczej osobę drugą dobę rodzącą celem rozwiązania. Wywiady jej i stan obecny (L. prot. poł. 350) brzmią:

K. K. l. 30 rz.-kat. zamężna, z Mogiły, rodziła 4 razy, porody i połogi były prawidłowe. Ostatni poród w kwietniu 1891 roku. Już w przedostatniej ciąży a więc przed kwietniem 1891 roku miewała bóle w okolicy stawu biodrowego tak, że chód jej był już wówczas upośledzony. Z początkiem maja (8/V 1891) zgłosiła się z tego powodu do szpitala św. Łazarza, gdzie pozostawała do dnia 25/V 1891. Tam rozpoznano, jak to później dowiedzieliśmy się, zapalenie stawu biodrowego lewego (*coxitis sinistra*) a w stanie obecnym zanotowano: „W obu szczytach szmery zaostrzone, odgłos wypukowy w obu szczytach przytłumiony..... ból w kręgach lędźwiowych, ustawienie kończyny lewej w rotacyi na wewnątrz i addukcyi, bolesność za uciskiem na główkę kości udowej....“ Po wyjściu ze szpitala stan jej był znośniejszy, ale wkrótce potem pogorszył się znowu, chód był coraz trudniejszy tak, że chora od lutego 1892 chodzić nie mogła. Guzy w okolicy lędźwiowej mają istnieć od roku. Bóle porodowe wystąpiły rano 25. czerwca, wody płodowe odpłynęły w nocy z 25. na 26., poczem na polecenie położnej przywieziono chorą do kliniki.

B a d a n i e natychmiast przedsięwzięte wykazuje: osoba średnio zbudowana i odżywiona, ciepłota prawidłowa, tętno słabe, drobne, 120 na minutę. W sutkach, które są nie duże i obwisłe, objawy powiększenia się czynności.

Brzuch wypuklony więcej wzdłuż niż wszerz, linia środkowa brzucha zabarwiona, skóra bliznami poporodowemi pokryta; powłoki chude, mięśnie napięte. Wypuklenie brzucha pochodzi od guza, który wychodzi z miednicy małej, rozszerza się zaraz po wyjściu na boki, zwłaszcza na bok prawy i sięga dnem do wyrostka mieczykowatego. Dokładniejsze badanie wykazuje w tym guzie na talerzu biodrowym prawym, ciało okrągłe, twarde, gładkie, odpowiadające główce płodu; po stronie lewej czuć większy opór w miejscu grzbietu płodu, zakończony w dnie po stronie lewej ciałem, które odpowiada pośladkom; w dnie po stronie prawej dają się wybadać części drobne. Chełbotania nie czuć, tętno płodowe powyżej 120, słyszalne w miejscu grzbietu po stronie lewej. Skurcze macicy dość częste i silne. Na dwa palce poniżej pępka przebiega przez macicę poprzeczna bruzda, która stanowi granicę między skurczonem i twardem ciałem macicy a rozciągniętym i cienkim dolnym odcinkiem, jest więc wysoko w górę wysuniętym pierścieniem skurczowym Schrödera. Dolny odcinek macicy zwłaszcza w miejscu wypuklonym przez główkę jest za dotknięciem i podczas skurczu porodowego bolesny.

Na lewo od wyrostków kolczastych kręgów lędźwiowych widać dwa guzy, z których jeden leży ponad drugim a oba połączone są ze sobą jak dwie części klepsydry. Guz leżący niżej jest wielkości pięś i, drugi nieco mniejszy, oba są podłużnie owalne, mają powierzchnię gładką, są pokryte nieco napiętą, ale zresztą prawidłową skórą, która da się nad guzem przesuwać i we fałd ująć i przez którą przeświecają rozszerzone naczynia żylne. Dotykanie nie wywołuje bólu; guzy są miękkie, prawie chełboczące, zupełnie nad podstawą nieprzesuwalne. Fluktuacya przechodzi z jednego obrzmienia w drugie, co przemawia za bezpośrednim związkiem obu guzów. Obmacywanie wyrostków kolczastych niebolesne, żaden z wyrostków nie sterczy ku tyłowi nad miarę. Natomiast dotykanie tylnej powierzchni kości krzyżowej sprawia ból, który zresztą w tem miejscu jakoteż w okolicy stawu biodrowego lewego utrzymuje się samodzielnie. Oprócz tego nie zbyt wybitnego bólu w okolicy stawu biodrowego niema żadnego objawu zapalenia tego stawu, gdyż tak ułożenie kończyny i jej wymiary, jak niemniej ruchy czynne i bierne są pod każdym względem prawidłowe.

B a d a n i e p r z e z p o c h w ę: Wejście do pochwy szerokie; na trzy ctm. za wejściem czuje się guz, który wypukla tylną ścianę pochwy ku przodowi. Jest on kulisty, wielkości główki płodu siedmiomiesięcznego. Do górnej jego granicy nie można dojść palcem wprowadzonym do pochwy, na dół sięga aż do wychodu miednicy; od tyłu przylega do przedniej ściany kości krzyżowej, najściślej w okolicy stawu krzyżowo biodrowego lewego, przednia zaś jego ściana jest

odległa na 4 ctm. od spojenia łonowego (*coniugata obstetricia 4 ctm.*). Na boki wypełnia miednicę małą prawie zupełnie, mniej jednak po stronie prawej, niż lewej. Powierzchnia jego jest gładka, konsystencya niejednostajna, na szczycie bowiem jest elastyczny, przy podstawie twardy, w całości od guzów w okolicy lędźwiowej znacznie twardszy. Chełbotania nie można w nim nigdzie wykazać, jest on zupełnie nieporuszalny, za dotknięciem nieco bolesny.

Część pochwowa wyżej, niż prawidłowo ułożona, jest przyparta do spojenia łonowego na 1 ½ ctm. długa, wiotka, bardzo znacznie rozpulchniona. Ujście zewnętrzne jest wygodnie dla palca drożne, brzegi ujścia bardzo podatne pozwalają na wprowadzenie drugiego palca. Szyja rozszerza się ku górze. Nad spojeniem i na prawo czuć dolny odcinek główki wypartej ku przodowi, której kontury rysują się przez powłoki, sprawiając wypuklenie nad spojeniem łonowem poniżej pierścienia skurczowego. Główkę maca się bezpośrednio; pęcherza płodowego niema.

Badanie przez odbytnicę wykazuje: na kilka ctm. za zwieraczem czuć dolny odcinek wyżej opisanego guza, który leży po za odbytnicą i wypukla jej tylną ścianę ku przodowi, przyczem odsuwa kiszkę od kości krzyżowej. Jeszcze wyraźniej, niż badając przez pochwę, czuć, że guz przytyka do kości w okolicy stawu krzyżowo-biodrowego, lewego i że jest zupełnie nieporuszalny. Zresztą badanie stwierdza wszystkie cechy guza opisane powyżej. W odbytnicy masy kałowe.

Rozpoznanie. Ciąża V. Osoba rodząca na czasie, pierwszy okres porodowy, przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego. Położenie płodu główkowe nie ustalone, ułożenie czaszkowe, postawa pierwsza. Płód żyje. Bezwzględne ściśnienie miednicy z powodu guza wychodzącego z okolicy lewego stawu krzyżowo-biodrowego. Grozi pęknięcie macicy. Co do przyrody guza, rozpoznanie waha się między nowotworem a ropniem zimnym.

Wskazanie. Jakakolwiek jest przyroda guza, to przecież to nie ulega wątpliwości, że wywołuje on bezwzględne ściśnienie miednicy. W obec takiego niestosunku możliwe są cztery sposoby postępowania, jeżeli niestosunek ten jest następstwem guza rozwijającego się w miednicy małej, jak to jest w naszym przypadku.

1) Odprowadzenie guza ponad wchód miednicy.
2) Wyjęcie guza przez pochwę lub przez laparotomią.
3) Pomniejszenie guza.
4) Cięcie cesarskie.

Zupełna nieporuszalność guza umieszczonego po za odbytnicą i zostającego w ścisłym związku z kością uniemożliwiła w naszym przypadku zastosowanie dwóch pierwszych sposobów. Można więc było myśleć o pomniejszeniu guza przez nakłucie i o cięciu cesarskiem. Ponieważ konsystencya guza była przeważnie twarda a chełbotania nie można było nigdzie wykazać, przeto nieprzypuszczano, żeby guz dał się pomniejszyć przez nakłucie; po nakłuciu więc bezskutecznem mogło się przecież stać koniecznem cięcie cesarskie, które po usiłowaniu pomniejszenia guza byłoby dla matki zabiegiem jeszcze niebezpieczniejszym, niż w zwykłych warunkach. Zresztą na doświadczenia, nie dające nadziei usunięcia niestosunku, nie było w obec grożącego pęknięcia macicy czasu. Ale gdyby nawet, *quod non*, wbrew naszym przypuszczeniom guz dał się był pomniejszyć, to przecież metoda ta niedawała, zastosowana w naszym przypadku, dobrych szans ani dla matki ani dla dziecka. Przedewszystkiem bowiem wskazane było szybkie ukończenie porodu ze względu na grożące pęknięcie macicy, więc nawet po skutecznej punkcyi nie możnaby było pozostawić porodu siłom natury, inaczej mówiąc, trzeba było wybrać i zastósować jeden z zabiegów rozwiązujących. Że ten wybór byłby trudny, jest rzeczą jasną; o obrocie nie możnaby było myśleć w obec rozdęcia dolnego odcinka i wyciągnięcia pierścienia skurczowego, kleszczy nie możnaby założyć nawet po usunięciu niestósunku tak z powodu nieustalenia główki jak i niedostatecznego rozwarcia ujścia. Pozostałaby więc kraniotomia, poświęcająca płód dla dość wątpliwej korzyści matki. Z tych przyczyn postanowił prof. Madurowicz przystąpić wprost do cięcia cesarskiego, uważając zabieg ten w danym przypadku za najłagodniejszy dla matki i dziecka.

Operacya. Kilku lawatywami wypróżniono odbytnicę. Powłoki brzuszne obmyto mydłem i sublimatem. Srom ogolono, pochwę przepłukano rozczynem sublimatu. Cięcie skórne poprowadził prof. Madurowicz w linii środkowej pod i nad pępkiem na długość 20—24 ctm. Naczynia broczące zamknięto zasuwkami. Macica bezpośrednio oglądana okazuje wyraźne objawy grożącego pęknięcia. Pierścień skurczowy przebiegający skośnie od strony prawej i góry na dół i na stronę lewą jest wysoko, bo na dwa palce niżej pępka, w górę wyciągnięty.

Po nad nim skurczone ciało macicy, poniżej zaś pierścienia dolny odcinek o ścianach cienkich, rozdęty więcej po stronie prawej to jest w miejscu główki, której kontury rysują się wyraźnie przez scieńczałe ściany. Macicę wytoczono przed powłoki, górną część rany brzusznej zamknięto tymczasowymi szwami, pod wytoczoną macicę podsunięto kompresy aseptyczne. Na szyję macicy założono ligaturę elastyczną, którą zaciągnięto i powierzono jednemu z asystentów. Następnie poprowadził operator cięcie w linii środkowej macicy powyżej pierścienia skurczowego, przyczem natrafił na łożysko leżące na przedniej ścianie macicy (*placenta praevia caesarea*); nie przecinając i nie oddzielając łożyska poprowadził operujący cięcie poniżej do granicy dolnego odcinka a nawet nieco poza nią i tą drogą wydobył za bark prawy wysuwający się z rany płód bardzo lekko omdlały. Cuceniem zajął się jeden z asystujących. Przystąpiono do odklejenia popłodu, co zrobiono powoli i ostrożnie. Krwawienie dzięki dobremu podwiązaniu szyi macicznej bardzo nieznaczne, chociaż ciało macicy kurczy się słabo i widać otwarte światła grubych naczyń żylnych. Teraz dokładniej jeszcze, niż przed rozcięciem, widać różnicę między trzonem a dolnym odcinkiem macicy, który ma ściany cienkie a w miejscu, gdzie leżała główka, nawet bardzo cienkie. Wytarłszy wnętrze macicy bardzo starannie pęczkami waty napojonymi 5% rozczynem karbolu przystąpiono bezzwłocznie do szycia. Warstwę mięsną złączono szwem katgutowym kuśnierskim w głąb zapuszczonym, unikając przy tem starannie skaleczenia wewnętrznej powierzchni jamy macicy. Drugą nitką katgutu również szwem kuśnierskim złączono otrzewnę maciczną. Zimnymi aseptycznymi kompresami wywołano skurcz trzonu macicy, poczem usunięto ligaturę elastyczną. Z linii szwów górnych ani z górnych miejsc wkłucia nie pojawiła się ani kropla krwi. Natomiast w linii szwów dolnych, biegnącej przez dolny odcinek macicy, wyraźnie atoniczny, widać tu i ówdzie niezbyt obfite krwawienie, z powodu którego założono tutaj w kilku miejscach szwy dodatkowe węzełkowe. Po zdjęciu szwów tymczasowych zamykających górną część rany brzusznej, wpuszczono macicę do jamy brzusznej, a gdy znowu w dolnym odcinku rany macicznej zaczęła się krew sączyć, założono jeszcze jeden szew dodatkowy. W końcu przekonawszy się, że krwawienie zupełnie ustało, przystąpiono do ostatniego aktu operacyi: do zamknięcia powłok brzusznych. W tym celu zaszyto naprzód otrzewnę szwem katgutowym kuśnierskim, poczem zamknięto ranę czterema głębokimi szwami jedwabnymi i szwem skórnym kuśnierskim jedwabnym. Założono opatrunek antyseptyczny lekko uciskający.

Noworodek płci męzkiej nie jest całkiem donoszony: waga ciała wynosi 2890 grm., długość 49 ctm., obwód główki 33½ ctm., wymiar skroniowy 8 ctm., ciemieniowy 9 ctm., czołowo-potylicowy 12 ctm., ukośny duży 13 ctm., ukośny mały 11 ctm., odległość barkowa 11 ctm., obwód klatki piersiowej 30 ctm. Płód okazuje zniekształtnienie główki a mianowicie wyraźne spłaszczenie kości ciemieniowej prawej.

Przebieg pooperacyjny. Bezpośrednio po zabiegu chora, pozostająca jeszcze na wpół pod wpływem narkozy, zachowuje się bardzo niespokojnie. Po zupełnem przebudzeniu się, żali się na bóle w krzyżach i leży przeważnie na boku, gdyż leżenie na wznak jest jej zbyt dolegliwe. Chorej podano 20 kropli nalewki makowca. Wprawdzie pod-

czas operacyi zauważono, że zagięcie esowate kiszki grubej ponad guzem jest wypełnione dużą ilością kału, postanowiono pomimo to wywołać wypróżnienie po kilku dniach a nie zaraz po operacyi.

26. czerwca po południu ciepłota 37·0°, tętno 132, wymioty dwa razy. Bóle w krzyżach utrzymują się, chora nieco spokojniejsza leży ciągle na boku.

27. czerwca rano ciepłota 37·4°, tętno 120, stan chorej znośny. Po południu ciepłota 37·0°, tętno 132. Wymioty nie powtórzyły się, bóle w krzyżach mniejsze. Dyeta ścisła płynna. Odchody połogowe bardzo skąpe, różowe.

28. czerwca rano ciepłota 37·6°, tętno 116. Chora przepędziła noc spokojnie i nie żali się na żadne dolegliwości. Przyjmuje pokarmy płynne (rosół, bulion, mleko). Po południu ciepłota 37·1°, tętno 116. Stan ogólny dobry. Chora nie oddaje stolca ani wiatrów.

29. czerwca rano ciepłota 37·4°, tętno 104. Mierne wzdęcie brzucha, zresztą stan jak wczoraj. Podano olejek rącznikowy i zastosowano niskie wlewania Hegarowskie; pomimo to nie pojawiły się ani stolec ani gazy. Po południu ciepłota 37·3°, tętno 108. Chora wymiotowała kilka razy z początku treścią żołądkową, potem żółcią. Wieczorem dość znaczne wdęcie brzucha i wymioty kałowe. Chora bardzo osłabiona. Rozpoznano niedrożność przewodu pokarmowego. O godzinie 11. wieczorem, gdy stolec nie pojawiał się a wymioty stawały się coraz częstsze, przystąpiono do wysokich i obfitych wlewań Hegarowskich; dopiero około godziny 12. w nocy zaczęły się pojawiać zbite masy kałowe, poczem w krótkich przerwach wystąpiło kilka bardzo obfitych stolców.

30. czerwca rano ciepłota 38·5, tętno 114. Wzdęcie brzucha utrzymuje się, choć bolesność nieznaczna. Wymioty od chwili usunięcia niedrożności nie pojawiły się. Chorej podano 20 kropli nalewki makowca. Dyeta ciągle płynna. Po południu ciepłota 38·0°, tętno 140 słabe. Wzdęcie i bolesność brzucha utrzymują się. Zmienienie opatrunku. Rana nie przedstawia się prawidłowo: dwa szwy głębokie przecięły skórę, która w tych miejscach jest zaczerwieniona. W dolnym odcinku rany obumarł kawałek skóry na przestrzeni 2 ctm.[2] Ranę obmyto sublimatem, pokryto gazą jodoformową, którą przytwierdzono kolodionem z jodoformem. Brzuch pomazano kolodionem i zalecono zimne okłady. Odchodów połogowych bardzo mało.

1. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 128, chora przespała noc spokojnie, rano oddała dobrowolnie dwa stolce. Stan podmiotowy chorej lepszy, bóle i wzdęcie brzucha mniejsze. Po południu ciepłota 37·6°, tętno 140 drobne; język suchy.

2. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 124. Sen spokojny, rano dwa stolce. Wieczór ciepłota 38·0°, tętno 124, język wilgotny, wzdęcie i bóle brzucha ustąpiły prawie zupełnie.

3. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 120. Wieczór ciepłota 38·0°, tętno 120, zresztą stan jak wczoraj.

4. lipca rano ciepłota 37·5°, tętno 112, wieczór ciepłota 38·3°, tętno 124. Wzdęcia brzucha niema, apetyt i sen dobry.

5. lipca ciepłota rano 39·0°, tętno 128. Chora osłabiona. Przypuszczając, że podwyższenie ciepłoty pochodzi z ropienia w kanałach szwów, zdjęto opatrzenie. Rana tylko w górnym odcinku jest zgojona doraźnie *(per primam)*. Szwy głębokie powcinały się głęboko w skórę, która w kilku miejscach obumarła. Ponad obumarłymi ubytkami przechodzi w kilku miejscach szew powierzchowny kuśnierski jak pomost. Największy ubytek, pokryty szarym nalotem, widać w dolnym odcinku rany brzusznej. Szwy głębokie, które leżą luźnie, usunięto, ranę obmyto sublimatem i zasypano jodoformem; założono opatrzenie plastrowe. Wieczorem o godzinie 6 ciepłota 38·6°, tętno 120, chora nie doznaje bólów. O godzinie 11 w nocy ciepłota 40·5°, tętno 152 bardzo drobne. Podano stare wino węgierskie.

6. lipca rano ciepłota 38·5°, tętno 128. Chora żali się na ból w okolicy lędźwiowej lewej i leży na boku prawym. Wieczorem ciepłota 39·5°, tętno 142; zdjęto opatrzenie. Mniej więcej w środku rany brzusznej na przestrzeni 2 ctm. widać otwór powstały przez rozejście się brzegów rany, prowadzący do jamy brzusznej. W głębi widać pętle jelita cienkiego, przyczem naocznie przekonać się można, że otrzewna ścienna i jelitowa, o ile można ją widzieć przez otwór, jest zupełnie prawidłowa gładka i nie utraciła swego połysku. Ponad otworem przechodzi kilka nitek szwu jedwabnego skórnego, które usunięto. Przystąpiono bez zwłoki do oczyszczenia i okrwawienia brzegów i do zaszycia otworu. Założono dwa szwy jedwabne, idące przez całą grubość powłok i zajmujące również otrzewnę ścienną. Ranę oczyszczono i założono opatrzenie plastrowe.

7. lipca rano ciepłota 38·0°, tętno 100. Wieczór 38·1°, tętno 126; chorej dokuczają bóle w okolicy guzów lędźwiowych, zresztą stan ogólny nie zły.

8. lipca ciepłota 37·0°, tętno 104. Zmiana opatrzenia. Dolny odcinek rany pokryty strzępami obumarłemi. W górnej części rany tworzy się ziarniniak (*granuloma*), który przyżegnięto kamieniem piekielnym. Badanie chorej wykazuje: guzy w okolicy lędźwiowej powiększyły się i okazują większe napięcie; natomiast guz wypełniający miednicę małą przypłaszczył się. Prof. Obaliński biorący udział w badaniu sądzi, że guzy w okolicy lędźwiowej są ropniami, nie wyklucza jednak i tego przypuszczenia, że obrzmienie jest nowotworem, który w środku ulega rozpadowi i okazuje chełbotanie. Wątpliwości może zdaniem jego rozstrzygnąć nakłucie, które również będzie miało na celu wykazanie, czy między obrzękami w okolicy lędźwiowej a guzem miednicy małej jest związek bezpośredni. Wieczorem 37·5, tętno 108. Stan ogólny chorej dobry; wzdęcia ani śladu, brzuch nie bolesny, sen i apetyt dobry.

9. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 104. Wieczorem 38·0°, tętno 112. Opatrzenia nie zmieniano.

10. lipca rano 37·0°, tętno 96. Zmiana opatrzenia; szwy założone 6. lipca przecięły powłoki, które teraz rozeszły się w tem samem miejscu, co przedtem. Mamy więc znowu otwór w powłokach, zatkany jednak tym razem pętlą jelita cienkiego, która mocno przylega do brzegów rany. Powierzchnia jelita szara, szorstka. Postanowiono pętlę jelita oczyścić, od brzegów rany odkleić a w końcu zaszyć otwór. Próba jednak łagodnego wsunięcia jelita do jamy brzusznej nie udała się, forsownego odklejania wypadłej i zanieczyszczonej pętli unikano i dlatego ograniczono się tylko do obmycia rany i jelita 3% roztworem karbolu, zasypania jodoformem i pokrycia zwykłym opatrunkiem.

11. lipca rano ciepłota 37·0°, tętno 86. Wieczór 37·1°, tętno 92, stan chorej zupełnie dobry.

12. lipca powierzchnia jelita pokrywa się czystą ziarniną, ciepłota prawidłowa.

Od 12. do 16. lipca stan chorej nie pozostawiał nic do życzenia; ciepłota prawidłowa, tętno między 80 a 92. Ranę opatrywano co drugi dzień, przyczem spostrzeżono, że otwór w powłokach, zatkany pętlą jelitową, zaciąga się. W tym stanie przeniesiono chorą z powodu zamknięcia kliniki dnia 16. lipca do oddziału chirurgicznego prof. Dra Obalińskiego. Dziecko umieszczono 6. lipca w oddziale mamek szpitala św. Ludwika.

Dnia 19. lipca nakłół prof. Obaliński guz w okolicy lędźwiowej grubym trójgrańcem; nie wypłynęła przytem jednak żadna ciecz, natomiast wydobył się strzępek tkanki miękkiej. Badanie drobnowidowe tego kawałka, wykonane przez sekundaryusza oddziału drugiego Dra Czaplińskiego, wykazało, że guz jest mięsakiem wrzecionowato-komórkowym (*sarcoma fusocellulare*). Ranę opatrzono antyseptycznie.

Dnia 2. Sierpnia opuszcza chora szpital na żądanie męża. Według wiadomości zasięgniętych w Mogile, miała chora tamże zakończyć życie, mniej więcej w trzy tygodnie po wyjściu ze szpitala. Przyczyna śmierci był najprawdopodobniej złośliwy nowotwór. Dziecko do października 1892 miało się dobrze.

(Dok. nast.).

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8.)

W badaniu laryngoskopijnem wskazówki takie daje nam często nawet ujemny wynik badania. Jeżeli mamy objawy zwężenia w wspólnej rurze oddechowej a badanie laryngoskopijne wykaże nam, że krtań i górna część tchawicy jest wolną, wtedy domyślać się możemy zwężenia w dole tchawicy. Brak obniżania się krtani za wdechem może potwierdzić nasze rozpoznanie. Zużytkować tu przytem należy i objawy przysłuchowe, które w pewnych przynajmniej razach nie są bez wartości. Jeżeli skutkiem zwężenia powstanie szmer właściwy, słyszymy go, gdy jest dość silny wszędzie auskultując płuca; pokrywa on mniej lub więcej inne szmery, jak np. szmer pęcherzykowy podczas wdechu. Jeżeli szmer ten za pomocą stetoskopu badamy nad krtanią i tchawicą, to znajdziemy go w całym przebiegu wspólnej rury oddechowej równie silnym tak, że miejsca zwężenia z większego natężenia szmeru w pewnem miejscu oznaczyć zwykle nie zdołamy. Jeżeli jednak zwężenie występuje w dole tchawicy, wtedy zwykle szmer daje się słyszeć najdokładniej pomiędzy kręgosłupem a górnemi częściami łopatek. Szmer bardzo mocny będzie obok tego nad całemi płucami bardzo wyraźnie słyszalnym, przy szmerach jednak nie bardzo mocnych a nawet i mocniejszych, jeżeli użyjemy stetoskopu, słyszeć będziemy szmer zwężenia w dole tchawicy powstałego wyraźnie dokładniej między łopatkami a kręgosłupem, niż gdzieindziej, czego w zwężeniach krtani nie bywa przynajmniej w tym stopniu. Tu przysłuchiwanie się dopomaga nam do wybadania zwężeń tchawicy tam, gdzie nas zawodzi badanie laryngoskopijne. Tak samo auskultacya pozwala nam na rozpoznanie zwężenia, lub też niedrożności jednego z oskrzeli głównych lub też oskrzeli drugorzędnych. W takim zwężeniu będziemy słyszeć nad jednem płucem lub też nad jednym płatem płuca szmer zwężenia znacznie wyraźniej, szmer zaś pęcherzykowy podczas wdechu znacznie słabiej niż gdzie indziej. W bardzo znacznem zwężeniu szmer pęcherzykowy może być zupełnie nie słyszalny a tylko występować będzie wyraźnie szmer zwężenia. W razie zupełnego zatkania oskrzela w odpowiedniej części płuc ani szmeru pęcherzykowego, ani szmeru zwężenia, słowem żadnych szmerów oddechowych zgoła nie będzie słychać. Objawy zwężenia tchawicy, połączone z objawami zwężenia jednego oskrzela, pozwalają nam na bardzo dokładne oznaczenie miejsca zwężenia. Tak np. w tętniaku tętnicy głównej możemy mieć wybitny szmer zwężenia zdaleka słyszalny, który pochodzi od ugniecenia tchawicy, obok tego jednak podczas auskultacyi słyszeć możemy bardzo wyraźny szmer zwężenia nad płucem lewem, gdy nad prawem daje się słyszeć słabo tylko przewiedziony szmer z tchawicy; za to nad prawem płucem słychać zupełnie wyraźnie szmer pęcherzykowy podczas wdechu, który nad lewem bardzo słabo, albo zaledwie tylko jest słyszalnym. Objawy te dowodzą, że obok tchawicy jest także i lewe oskrzele uciśnione. W zupełnem ugnieceniu lewego oskrzela żadnych szmerów nad płucem lewem słyszeć nie będziemy, szmer zaś w miejscu zwężonem tchawicy wytworzony będzie można słyszeć nad prawem tylko płucem i to słabiej, obok mniej lub więcej wyraźnego szmeru pęcherzykowego.

W przypadkach, w których można zbadać dokładnie tchawicę za pomocą laryngoskopu, a które dla wprawnych w badaniu do częstszych należą, rozpoznanie oparte na obrazie laryngoskopijnym zazwyczaj jest łatwe. Tutaj widzieć możemy w zwierciadełku zmiany w błonie śluzowej w świetle tchawicy lub też w jej ścianach powstałe. Obrazy stanom tym odpowiadające będą przedmiotem naszego opisu, w którym zaczniemy od zmian chorobowych w samej błonie śluzowej lub też na jej powierzchni występujących.

1) Pierwszą ze zmian chorobowych, jaką nam tu uwzględnić należy, jest nieżyt tchawicy, który, podobnie jak nieżyt krtani, łatwo rozpoznać można laryngoskopem. Znajdziemy wtedy błonę śluzową tchawicy mniej lub więcej zaczerwienioną, często pokrytą częściowo wydzieliną śluzowo-ropiastą, zwężenia jednak tchawicy nie spotykamy na tle nieżytu samego nigdy. Są jednak stany nieżytowi pokrewne, w których może istotnie powstać zwężenie tchawicy, bądź to przemijające, bądź też i stałe. Spotykamy mianowicie czasem, nawet obok bladej błony śluzowej tchawicy, obficie nagromadzoną, zaschłą wydzielinę, która w postaci strzępów ściany tchawicy oblepia i miejscami światło jej bardzo nawet znacznie zwężać może. Jest to obraz bardzo podobny do tego, który w nosie przy t. zw. *ozaena* spotykamy, która też zazwyczaj towarzyszy stanowi temu w tchawicy. — To też Baginsky opisywał niegdyś podobny przypadek pod nazwą *ozaena laryngotrachealis*. Störk opisał cały szereg odpowiednich przypadków pod nazwą *blennorrhoea tracheae;* wywodzi on je istotnie z zakażenia ropnego błony śluzowej nosa a następnie połyku, krtani, tchawicy i nawet oskrzeli. Za zdaniem Störka przemawia bardzo ta okoliczność, że stan ten występuje przeważnie tam, gdzie łatwo mogło przyjść do zakażenia błony śluzowej ropną wydzieliną, jak n. p. po zagojeniu wrzodów kiłowych, pękniętych ropni w zapaleniu ochrzęstnej i t. p. Zazwyczaj zaschła wydzielina wtedy tylko znacznie utrudnia oddech, jeżeli osiada na miejscach już poprzednio zwężonych skutkiem n. p. blizn lub przerostu błony śluzowej, który właśnie bywa w Störkowskim ropotoku; wtedy wzmaga ona znacznie istniejące już poprzednio zwężenie. Wyjątkowo jednak może ona i bez tego, t. j. w prawidłowo szerokiej tchawicy prowadzić do zwężenia. Najlepszym środkiem przeciw tego rodzaju zwężeniom są ciepłe wdechania zwłaszcza z środków alkalicznych, jak dwuwęglan lub dwuboran sodowy 1—3% lub solnych, jak salmiak i sól kuchenna 1—2%. Sama para wodna działa tu już korzystnie odwilżając zaschłe strupy, które następnie podczas kaszlu można łatwiej wykrztusić. To też inhalacye powinno się robić na ciepło przyrządem Sieglego, nie rozpylaczem, gdyż głównie chodzi tu o parę wodną a nie o środek lekarski, który w zbyt małej dostaje się do tchawicy ilości, by zaschłe skorupy śluzu rozpuścić był w stanie, a istotna jego wartość polega tylko na pobudzaniu do kaszlu.

W przypadkach, w których powtarzanie pilnie inhalacyj okazuje się jeszcze bezskutecznem, można założyć rurkę kauczukową Schröttera, aby poruszyć zaschłe masy sekrecyi i tem samem ułatwić ich wykrztuszenie. Stósownie od tego, czy zaschła wydzielina powleka miejsce zwężone, czy też ściany nie zwężonej tchawicy, możemy użyć rurki cieńszej lub grubszej; zbyt grubych rurek jednak nie ma potrzeby i w ostatnim przypadku używać, nr. bowiem 4 lub 5 zu-

pełnie wystarcza, a nie tak łatwo zadrażni głośnię, jak numery wyższe i łatwiejszy jest do wprowadzenia, co u chorych nie przyzwyczajonych do tego zabiegu ma swoje znaczenie. W przypadkach tego rodzaju chętnie zwilżam rurkę roztworem jodu 1% w glicerynie lub smaruję maścią jodową 2—3% w wazelinie, aby działać miejscowo na błonę śluzową. Uważałem, że podczas tego postępowania systematycznego zmniejsza się zasychanie wydzieliny a wolę te środki wprowadzać do tchawicy za pomocą rurki Schröttera, przez którą chory oddychać może, niż za pomocą pędzelka, przy którym z powodu reakcyjnego skurczu głośni tamuje się oddech. Rurkę więc mogę czas jakiś trzymać i przesuwać w tchawicy, gdy pędzel muszę wyciągnąć dość prędko. Przytem rurka wywoławszy kaszel sprawia, że pewna część strupów do jej środka się dostaje, a jeżeli wtedy otwór rurki w końcu rzutu kaszlowego (*Hustenstoss*) przytkamy, wyciągniemy dość znaczną ilość tych strupów, oszczędzając przez to choremu pracy w ich wykrztuszaniu. Wreszcie następowy skurcz głośni po wyjęciu rurki, jeżeli się ją tylko nieco dłużej potrzymało, bywa mniejszy, niż po wyjęciu pędzelka, którego, jak już wyżej powiedziałem, zbyt długo w tchawicy trzymać nie można; rurkę potrzymawszy minut kilka w tchawicy doczekamy się, że drażliwość krtani nieco się zmniejszy i skurcz krtani następnie wystąpi nie tak mocno, jak po wprowadzeniu i natychmiastowem wyciągnięciu pędzelka. W bardzo znacznem zwężeniu stałem może rurka Schrötterowska nie wystarczyć do usunięcia napadu duszności, który powstaje za nagromadzeniem się zaschłej sekrecyi; chociaż mianowicie strupy zaschłe wyruszy się z miejsca i wyciągnie, to i tak błona śluzowa, w okolicy zwężenia mechanicznie podrażniona, może nieco obrzmieć a niewielkie nawet obrzmienie w znacznem zwężeniu, to ostatnie może znacznie powiększyć. W takich przypadkach może być i tracheotomia potrzebną; potrzeba ta jednak pochodzi nie z zasychającej wydzieliny, lecz ze stałego w wyższym stopniu zwężenia, jak o tem poniżej będzie mowa. W zasychaniu sekrecyi w samej głębi tchawicy rurka Schröttera może się okazać za krótką; w takim razie użyć możemy cewnika elastycznego nru 15—16, który naciągnięty na drut wprowadzamy do głośni a przeszedłszy przez nią wyciągamy drut i wsuwamy cewnik z łatwością do odpowiedniej głębokości. O zasychaniu sekrecyj po tracheotomii wspomnimy na innem miejscu.

2) Drugą sprawą, która zwykła wywoływać zwężenie tchawicy, jest zapalenie dławcowe czyli t. zw. krup. Wiadomo, że choroba ta pojawia się najczęściej w wieku dziecinnym i przedewszystkiem jest przyczyną zwężenia krtani w głośni. Badanie laryngoskopijne, które u dzieci na wielkie napotyka trudności, da się jednak przeprowadzić bardzo często, lubo nie zawsze, ze skutkiem; wtedy widzieć możemy jak najdokładniej obraz zwężonej głośni. Tchawicy jednak, nawet w najlepszych warunkach już z powodu zwężenia w głośni, widzieć niepodobna. Jeżeli z powodu zwężenia krtani założymy rurkę O'Dwyera, to również i przez nią nie możemy zobaczyć, co się dzieje w tchawicy; wnosić tylko możemy, że na jej ścianach znajdują się grube błony, jeżeli po założeniu rurki O'Dwyera przypady zwężenia nie ustępują albo się nawet zwiększają, lub też natychmiast oddech ustaje zupełnie. Zdarza się to tam mianowicie, gdzie rurka oddzieliła częściowo grube błony od ścian tchawicy; wtedy skutkiem nagłego a zupełnego zatkania się rurki tracheotomia może być natychmiast konieczną. Bywa tu zwykle utrudniony tak wdech jak i wydech. — Również musimy wnosić o wytworzeniu się błon w tchawicy, jeżeli, z razu łatwy po intubacyi, oddech utrudnia się w jakiś czas później. Może to wystąpić nagle, jeżeli dość grube błony, które jednak sprawiały małe tylko zwężenie, podczas kaszlu w całości lub częściowo z dołu oddzielą się od ścian tchawicy. Stan taki daje naturalnie wskazanie do tracheotomii, która jednak czasem sama przez się nie wystarcza do doprowadzenia dostatecznej ilości powietrza do płuc; czasem trzeba poprzód wydobyć dość znaczną ilość błon z tchawicy a nawet i z oskrzeli, aby powietrze dochodzić mogło swobodnie do płuc. Jeżeli raz wykonano tracheotomię, czy to bezpośrednio w krupowem zwężeniu krtani, czy też zaraz po bezowocownej intubacyi, albo też w jakiś czas po niej, gdy pojawiły się przypady następowego zwężenia tchawicy, wtedy mamy przez ranę tracheotomijną drogę otwartą tak do dalszego badania tchawicy, jak i do postępowania w razie wystąpienia w niej powtórnych zwężeń na tle krupu.

Tak się rzeczy mają u dzieci; odmiennie nieco przedstawi się jednak sprawa krupowa u dorosłych a nawet i u dzieci w rzadszych przypadkach, t. zw. *croup ascendens*. U dorosłych występuje, lubo bardzo rzadko, zapalenie oskrzeli i tchawicy *(tracheobronchitis)* albo też zapalenie oskrzeli dławcowe (*bronchitis crouposa*), sprawiające napady duszności, w których zazwyczaj głównie utrudnionym lub nawet zupełnie zatamowanym być może wydech. Już powyżej zwróciłem uwagę, że rzadko przychodzi tutaj do jednostajnego zwężenia przy obu aktach oddechowych; rzadko bowiem błony takiej nabierać mogą grubości, by mogły zwęzić znacznie oskrzela u dorosłych. Może się to zdarzyć w zajęciu nieco drobniejszych oskrzeli a wtedy istotnie utrudniony będzie tak wdech jak i wydech, choć zwykle przeważać będzie utrudnienie wydechu ponad utrudnieniem wdechu. Zwykle jednak, zanim błony krupowe dojdą do odpowiedniej grubości, pierwej oddzielać się zaczną, a oddzielanie to postępuje zazwyczaj od dołu ku górze. Wtedy podczas wydechu, zwłaszcza nasilonego, oddzielone części błon ku górze wepchnięte, zatykają światło oskrzeli pokrytych błoniastą wypociną, a przez to węższych niż poniżej, zkąd właśnie oddzieliły się błony. Najłatwiej może tam powstać zatkanie zupełne, gdzie oddzielone błoniaste rurki siła wydechu wpycha ku wspólnej rurce, z której podziału wyszły, n. p. błony obu oskrzeli głównych ku tchawicy. Wtedy błony pokrywające klin podziałowy (*calcar bifurcationis*) od dołu w zupełności mogą zatkać wspólną rurę, a przez to zatamować w zupełności wydech. Jeżeli przytem wdech nie jest znacznie utrudniony, chory może wciągnąć jeszcze odpowiednią ilość powietrza, którą następnie stara się wydalić nasilonym wydechem t. j. kaszlem, a więc za użyciem mięśniów wydechowych. Często przy tem zostają błony wyrzucone i oddech staje się znowu lekki. To też widzimy, że dorośli w zapaleniu dławcowem oskrzeli nieraz wyrzucają całe rozgałęzienia błon podczas ataków duszności.

Badanie chorych w tym stanie głównie polegać musi na auskultacyi; wykrztuszone błony pozwalają na pewne rozpoznać sprawę, zanim jednak chory je wykrztusi, można się domyślać tylko całej sprawy. Natrafimy tu obok szorstkiego wdechu zwykle na piski podczas wydechu, którym podczas oddzielania się błon towarzyszą dość charakterystyczne suche rzężenia, czasem przypominające tarcie opłuc-

nowe. Obraz laryngoskopijny przedstawić nam może błony na ścianach tchawicy, jeżeli sprawa nie ogranicza się do samych oskrzeli, ale zajmuje też i tchawicę; o zwężeniu jednak zwykle nie będzie można się przekonać laryngoskopem. Podobny obraz przedstawiać może t. z. dławiec wstępujący (*croup ascendens*) u dzieci; zwykle tu jednak, zanim przyjdzie do mocniejszych napadów duszności z powodu błon w tchawicy i oskrzelach, wprzódy będzie zajęta krtań i powstanie zwężenie głośni, tak, że ostatecznie bywa potrzebną tracheotomia z powodu zwężenia głośni a po tracheotomii dopiero trzeba czasem wydobywać błony z tchawicy i głównych oskrzeli, aby ułatwić oddech. Natomiast zdarza się i u dorosłych, choć rzadko, zwykły dławiec zstępujący, który rozpocząwszy się w krtani schodzi następnie na tchawicę i oskrzele. Tutaj zazwyczaj nie przychodzi przynajmniej do znaczniejszego zwężenia ani w głośni, ani w tchawicy, w której wreszcie wypocina sięgać zwykła do pewnej tylko wysokości. Nawet w razie, jeżeli sprawa szerzy się na całą tchawicę a nawet oskrzele, to błony nie dochodzą zwykle tej grubości, by same przez się sprawiały zwężenie. Wystąpi więc ono wtedy dopiero, gdy błony albo oddzielać się zaczną, albo już przejdą na drobniejsze oskrzele.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. med. Karol Klecki,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

W ciągu ostatnich lat kilku ze wszystkich gałęzi nauk lekarskich bezwątpienia najbardziej postąpiła naprzód nauka o chorobach zakaźnych. Zdobycze naukowe z dziedziny patologii, mikrobiologii oraz chemii zwierzęcej przyczyniły się do tego, że zaczynamy coraz głębiej przenikać samą istotę tych chorób, zdawać sobie sprawę ze spraw życiowych, w zakażonym ustroju zachodzących, a co dla lekarza praktyka najważniejsze, zbliżamy się do ustalenia podstaw, na których oprzećby się mogło racyonalne leczenie chorób zakaźnych. To też liczba pracowników na tem polu jest bardzo znaczna a prac z omawianej dziedziny, przeważnie doświadczalnych, tak wiele, iż nie wadzi, sądzę, treściwy przegląd faktów do tego się odnoszących, w ciągu ostatnich lat nagromadzonych, oraz zapatrywań pierwszorzędnych badaczy na daną kwestyą.

Nie mam bynajmniej zamiaru pisania dziejów chorób zakaźnych; chciałbym jedynie na wstępie przytoczyć kilka faktów, z których wynika, że to, co w ostatnich czasach stwierdziła nauka drogą doświadczenia, a mianowicie, że lekarstwa czy środka zapobiegawczego przeciwko danej chorobie w samym ustroju zakażonym szukać należy, od niepamiętnych czasów było przekonaniem całych narodów lub też kiełkowało w umysłach wybitniejszych lekarzy. Wszak *variolatio*, wprowadzona w użycie w Europie przez Lady Montagu w r. 1717, była prastarym środkiem ludowym chińczyków i innych wschodnich narodów; rozpowszechniła się ona w Anglii tak dalece, że ze względu na jej złe skutki, rząd angielski musiał zabronić wykonywania *variolatio*, jako doświadczenia dla chorych, co najmniej, bardzo niebezpiecznego. Dopiero Jenner, przeszczepiwszy z dobrym skutkiem krowiankę z człowieka na człowieka (po raz pierwszy 14. maja 1796 r. z Sary Nelmes na ośmioletniego Jamesa Phippsa), wskazał drogę, którą idąc, następne generacye uczonych miały dojść do wyników, rozszerzających zakres wiadomości naszych o chorobach zakaźnych, oraz wypracować podstawy racyonalnej ich terapii. Już w XVII wieku Robert Fludd stosował przeciwko gruźlicy odpowiednio preparowane plwociny suchotników. W pierwszej połowie bieżącego stulecia izopata Lux, wychodząc z zasady *aequalia aequalibus*, powstałej z *similia similibus*, stósował w swojej praktyce cały szereg przetworów, jako to: hidrofobinę, pneumoftyzynę, kondylominę, waryolinę, skarlatyninę i t. d., przygotowane z narządów lub wydzielin chorego ustroju.

W r. 1880 podał Pasteur swoją metodę imunizowania zwierząt, podlegających pewnej chorobie zakaźnej, na daną chorobę za pomocą szczepień osłabionemi hodowlami. Jadowitość hodowli, używanych do szczepień ochronnych, osłabiał Pasteur przez poddanie ich działaniu wyższej temperatury oraz przez poprzednie przeszczepianie hodowli na inne zwierzęta. Metoda Pasteura polega więc na tem, że wprowadza się do ustroju żyjące bakterye o cokolwiek zmienionych własnościach; takie „osłabione“ bakterye danego ustroju nie zabijają, przeciwnie chronią zaszczepione zwierzę od zakażenia nieosłabionemi a więc jadowitemi bakteryami tegoż gatunku.

W ciągu następnych lat kilku ukazały się prace Salmona i Smitha, Chamberlanda i Rouxa, Beumera i Peipera, Gamaleii, Bouchardа, Charrina i innych; badacze ci sprowadzali u zwierząt odporność na pewne choroby zakaźne za pomocą szczepienia zwierząt tych wyjałowionemi hodowlami a więc zawierającemi przeważnie produkty życiowe bakteryj. — Właściwie obiedwie metody te są ze sobą dość blisko spokrewnione, gdyż trudno sobie wyobrazić, by osłabione bakterye mogły działać na ustrój inną drogą, aniżeli przez pewne produkty życiowe, które sprawiają odporność na daną chorobę w ustroju; różnica więc pomiędzy temi dwiema metodami polega na tem, że w metodzie Pasteura produkty te wyrabiają się w samym ustroju, w drugiej zaś metodzie gotowe produkty bakteryj, powstałe poza ustrojem, wprowadzamy do niego. W każdym jednak razie metoda szczepień ochronnych wyjałowionemi hodowlami stoi o tyle wyżej nad metodą Pasteura, że szczepiąc jady nieorganizowane możemy dokładnie obliczyć ilość jadu, powtóre zaś pole do doświadczeń na zwierzętach i ludziach znacznie się przez to rozszerza, gdyż możemy zawsze wykluczyć zakażenie ustroju. Później zaczęto używać jeszcze innych metod imunizowania, o których będzie mowa niżej na tem miejscu ograniczam się do zaznaczenia jedynie wybitniejszych wyników badań, w zakres nauki o chorobach zakaźnych wchodzących. Po stwierdzeniu drogą doświadczenia własności imunizujących produktów życiowych bakteryj, posunięto się jeszcze o jeden krok naprzód i zaczęto substancyj tych używać w celach leczniczych z początku u zwierząt sztucznie zakażonych jadowitemi hodowlami, później także u ludzi, cierpiących na niektóre choroby zakaźne. Do tej grupy środków między innymi zaliczyć należy hidrofobinę Pasteura i głośną tuberkulinę Kocha.

Wreszcie przed kilku laty Behring i Kitasato prawie jednocześnie wykryli nader ważny i ciekawy fakt, że krew oraz surowica krwi zwierząt, u których sprawiono sztucznie odporność na pewną chorobę zakaźną, posiada własności imunizujące a nawet lecznicze dla innych zwierząt, zakażonych jadowitemi bakteryami tej samej choroby. Fakt ten stał się punktem wyjścia dla t. zw. „terapii surowiczej“, nad którą obecnie, zwłaszcza w Niemczech, pracuje cały zastęp badaczy; dotychczas otrzymane wyniki badań tych zachęcają stanowczo do dalszych prób w tym przedmiocie i bardzo być może, że terapia surowicza, w tej lub innej formie stosowana na szerszą skalę, w przyszłości odgrywać będzie ważną rolę w leczeniu chorób zakaźnych.

Rozpatrzmy się teraz szczegółowo, jakie są podstawy rzeczywiste, na których autorzy opierali swe wnioski, jakiemi metodami posługiwali się, jak daleko posunięto omawiane kwestye drogą doświadczenia na zwierzętach lub też prób na ludziach, oraz jak należy rozumieć sprawę zakażenia, odporności czy wyleczenia ustroju z choroby zakaźnej.

Choroby zakaźne można w ogóle podzielić na dwie grupy. Do pierwszej z nich należą te, w których zabójcze działanie na ustrój polega przeważnie na nadzwyczaj szybkiem rozmnażaniu się drobnoustrojów, które dostawszy się do obiegu krwi, sprawiają poważne zmiany w krążeniu a więc odżywianiu ustroju; do drugiej zaś grupy należą te choroby, w których śmierć następuje wskutek zatrucia substancyami, powstałemi pod działaniem bakteryj z ciał białkowych tego medium, w którem bakterye się rozrastają. — Podział ten jest jednak w znacznym stopniu czysto teoretyczny: do pierwszej grupy zaliczają drobnoustroje chorób septycznych, wąglika, które, jak wiadomo, również wyrabiają w organizmie mocne trucizny; do drugiej większość chorób zakaźnych; z liczby tych ostatnich wyróżniają się niektóre swoją cechą wybitnie toksyczną, jakoto: tężec, dur, błonica, zapalenie płuc, cholera i t. d. To też badacze, pracujący nad odpornością i sprawą leczenia zakażonego ustroju, w doświadczeniach swoich posługiwali się przeważnie bakteryami specyficznemi dla chorób, na końcu wymienionych.

Co do charakteru chorób tych panuje między autorami zupełna zgodność zapatrywań; wszyscy uważają działanie właściwych drobnoustrojów za bardzo toksyczne, Hueppe zaś wykazał, że wielką rolę gra tu anaerobioza, dzięki której wytworzone przez bakterye trucizny nie podlegają dalszemu rozkładowi. Na takie toksyczne choroby zakaźne można sprowadzić odporność zwierzęcia w dwojaki sposób: przez odpowiednie szczepienia przygotowawcze wywołujemy w ustroju zwierzęcia tego rodzaju zmiany, że po pewnym czasie zaszczepione jadowite bakterye tegoż gatunku nie znajdują w ustroju warunków koniecznych do życia oraz rozmnażania się; wówczas zwierzę takie jest odpornem we właściwem znaczeniu *(immun)*, lub też również drogą przygotowawczych szczepień osiągamy to, że następowo zaszczepione jadowite bakterye danego gatunku nie wytwarzają w ustroju swoistych trucizn, choć żyją i rozmnażają się; zwierzę takie nazywamy odpornem na jady *(giftfest)*; jadowite drobnoustroje wprowadzone do takiego organizmu odgrywają więc rolę niewinnych pasorzytów, które najwięcej mogą wywołać przejściowe podrażnienie miejscowe, poważnych zaś objawów zatrucia sprawić już nie mogą. Zwierzę odporne na pewne bakterye może więc nie być odpornem na jady, przez nie wytwarzane; jeżeli takiemu zwierzęciu zaszczepimy stosunkowo niewielką ilość mikrobów, zginą one bez wywołania żadnych objawów ze strony zakażonego ustroju; jeżeli zaś wprowadzimy do takiego ustroju odrazu znaczną ilość danych bakteryj a wraz z niemi stosunkowo dużo substancyj przez nie wytworzonych, zwierzę ginie wskutek zatrucia jadami, na działanie których pozostało wrażliwem. W tym razie pomimo odporności danego organizmu drobnoustroje działają nań chorobotwórczo.

Z tego wynika, że zwierzę odporne na jady mikrobów specyficznych dla pewnej choroby zakaźnej o cesze wybitnie toksycznej uważać można za odporne w ogóle względem danej choroby; zapatrywanie to stwierdzono całym szeregiem doświadczeń rozmaitych badaczy.

Przed niespełna dwoma laty wykazał Ehrlich, że można imunizować zwierzęta nietylko na jady wytworzone przez bakterye, ale także przeciwko jadom pochodzenia roślinnego, chemicznie spokrewnionym z produktami bakteryj. Ehrlich robił doświadczenia z dwoma ciałami: rycyną i abryną; są to ciała białkowate, należące do grupy toksalbuminów. Rycyna stanowi, jak wiadomo, pierwiastek trujący, zawierający się w łupinkach nasienia rącznikowego, abryna zaś pierwiastek działający w naparze Jequiryty, wprowadzonym do okulistyki przez Weckera w r. 1882. Obadwa ciała te dokładnie zbadano pod względem toksykologicznym w pracowni Koberta w Dorpacie. Według Koberta i Stillmarka własności trujące rycyny są tak mocne, że 0·03 mgr. jadu, wstrzykniętego do żyły, wystarcza do zabicia 1 klg. zwierzęcia. Ehrlich znalazł, że ze wszystkich zwierząt, do doświadczeń używanych, najwrażliwszemi na rycynę są świnki morskie. Używając 1 ctm. sz. roztworu jadu na 1 klg. zwierzęcia, przekonał się, że rozczyny 1:750000 już czasami zabijały zwierzęta, rozczyny zaś 1:200000 zabijały je w każdym przypadku po 2—4 dniach. Karmiąc myszy ciastem, urobionem z rozczynem jadu, przekonał się Ehrlich, że myszy znosiły najwięcej 0·02 rycyny wewnętrznie zadanej, 0·035 jadu zabijało je w przeciągu 5—6 dni; rozpoczął więc imunizacyę zwierząt od podawania im dziennie po 0·002 rycyny, doprowadził zaś po 2 miesiącach do tego, że mysz znosiła 0·5 jadu przez żołądek. Imunizowane zwierzęta znosiły również dobrze bardzo znaczne, śmiertelne dawki jadu, wstrzykniętego podskórnie a mianowicie rozczyny 1:500, a nawet w kilku przypadkach 1:250.

Podczas badań tych zauważył dalej Ehrlich nader ciekawą okoliczność: 1·5—1% roztwór rycyny napędzlowany na oko wywołuje mocne objawy zapalne, cokolwiek mocniejsze rozczyny jadu, zastosowane na oko wywołują zapalenie całego oka *(panophthalmitis)* i zwierzęta giną zazwyczaj po niejakim czasie wskutek następowego zakażenia ogólnego; u zwierząt, posiadających już nawet nie wielki, lecz tylko średni stopień odporności na działanie rycyny, mógł Ehrlich przykładać do oka gęstą pastę przygotowaną z rycyny z 10% roztworem soli bez wywołania nawet słabego odczynu ze strony oka; tu występowała więc absolutna odporność miejscowa już wówczas, gdy ogólna odporność na dany jad doszła dopiero do pewnego stopnia. Przebieg imunizacyi ustroju był bardzo charakterystyczny: w przeciągu pierwszych 5 dni imunizowania zwierzęcia nie można było zupełnie wykazać żadnego przyrostu odporności; na 6. dzień nagle odporność ustroju się zjawiała i to zazwyczaj odrazu w dość znacznym stopniu; występowała więc niejako krytycznie, co skłoniło Ehrlicha do upatrywania pewnej analogii pomiędzy występowaniem odporności organizmu na pewien jad z jednej strony a z drugiej krytycznem obniżeżaniem się ciepłoty ciała w pewnych chorobach zakaźnych. W ciągu następnych dni odporność podczas ciągłego podawania coraz to większych dawek jadu stopniowo wzrastała i po niejakim czasie (około dwu miesięcy) dochodziła do maximum; dalsze podawanie zwierzęciu trucizny (w ciągu 7 tygodni) nie było już w stanie podnieść jego odporności. Nabyta odporność trwała przez stosunkowo długi czas: jeszcze po 7½ miesiącach znosiła imunizowana mysz śmiertelną dawkę trucizny. Powstawanie odporności w imunizowanym ustroju tłómaczy Ehrlich powstawaniem we krwi ciała antytoksycznego, które nazywa antyrycyną; przez wstrzyknięcie krwi imunizowanych myszy królikom wywoływał u ostatnich odporność na rycynę. Te ostatnie doświadczenia zrobiono na wzór doświadczeń Behringa i Kitasaty, którzy, jak już wyż wymieniono, pierwsi wykazali imunizujące własności krwi zwierząt odpornych.

Drugie ciało, z którem Ehrlich robił doświadczenia, jest bardzo do rycyny zbliżone; do niedawna przypuszczano nawet, że ciała te są identyczne; Hellin wykazał, że tak nie jest. Jadowitość abryny jest znacznie mniejsza, aniżeli jadowitość rycyny: roztwory 1:100000 (0.01 ctm. sz. na 1 klg. zwierzęcia) stanowią dopiero śmiertelną dawkę; również wprowadzona przez żołądek jest abryna słabszą trucizną, aniżeli rycyna. Miejscowe zmiany na oku występują już po napędzlowaniu spojówki rozczynem 1:800. Tą samą metodą, którą Ehrlich posługiwał się w imunizowaniu zwierząt przeciwko rycynie, imunizował myszy i króliki przeciwko abrynie oraz wywoływał miejscową absolutną odporność na oku. I tutaj przyjmuje on powstawanie we krwi antytoksyny, którą nazwał antyabryną. Zwierzęta z nabytą odpornością na rycynę okazały się również wrażliwe na abrynę, jak zwierzęta wogóle nie imunizowane i na odwrót; występuje tu więc zupełnie jasno swoistość zarówno trucizny, jako też i odtrutki.

Badania Ehrlicha nie mają na pozór nic wspólnego z chorobami zakaźnemi; jeżeli jednak uwzględnimy tę okoliczność, że najważniejsze w patologii człowieka choroby zakaźne mają właśnie charakter wybitnie toksyczny, że właściwe doświadczenia imunizacyjne oraz lecznicze robiono z bakteryami swoistemi dla tych właśnie chorób, wreszcie,

że wchodzą tu w grę ciała białkowe, toksalbuminy, należące do tej samej kategoryi, co rycyna i abryna, których działanie jest zupełnie swoistem, łatwo można zrozumieć, dla czego omówiłem tak szczegółowo pracę Ehrlicha; uderzająca analogia w zachowaniu się ustroju zwierzęcego względem jadów roślinnych a bakteryjnych wyświetla do pewnego stopnia działanie drobnoustrojów na zakażony organizm; praca Ehrlicha, o ile mi wiadomo z przestudyowanej literatury, jedyna w swoim rodzaju, zapoznała nas z faktem nader ciekawym i doniosłym, którego stanowczo nie należało pominąć w niniejszym przeglądzie.

Przejdziemy teraz do tych metod imunizowania zwierząt, których w ciągu ostatnich lat kilku w różnych doświadczeniach z dobrym wynikiem rozmaici badacze używali. Metodę Pasteura, jak to już zaznaczyłem na wstępie, zmodyfikował cały szereg eksperymentatorów o tyle, że zamiast wprowadzać do ustroju osłabione hodowle, zaczęto stosować hodowle, z których usunięto żywe drobnoustroje. Z początku używano przeważnie hodowli buljonowych, przefiltrowanych przez filtry Chamberlandowskie; później sterylizowano hodowle, ogrzewając je do rozmaitych temperatur.

Karol Fraenkel, który kwestyą wyjaławiania hodowli w celach imunizacyjnych studyował szczegółowo, doszedł po długich próbach do metody, która z pewnością daje dobre wyniki, zwłaszcza w doświadczeniach z lasecznikami błonicy, jak to stwierdzili i inni badacze; polega ona na tem, że hodowlę ogrzewa się w przeciągu godziny do 60—70°; 10—20 ctm. sz. tak przygotowanej 3-tygodniowej hodowli, wstrzykniętych podskórnie, wystarcza do wywołania u świnek morskich zupełnej odporności na błonicę; szczepienia jadowitą hodowlą należy dokonać dopiero po upływie 2 tygodni po imunizacyi.

Roux i Yersin imunizowali na błonicę świnki morskie wysuszonym i przez godzinę ogrzanym do 77° osadem, otrzymanym z hodowli buljonowej, do której dodano chlorku wapniowego. Roux używał do osłabiania hodowli błonicy i tężca, przeznaczonych do imunizowania zwierząt, jodu w roztworze wodnym 1 : 500.

Behring wywoływał odporność przeciwko błonicy szczepieniem hodowli osłabionych działaniem trójchlorku jodu; do 4-tygodniowych hodowli dodawał trójchlorku jodu w stosunku 1 : 500 i po 16 godzinach wstrzykiwał 2 ctm. sz. tak przygotowanej hodowli do jamy brzusznej świnkom morskim. Po upływie 3 tygodni wstrzykiwał 0·2 hodowli 4-dniowej, wyrosłej na bulionie z dodatkiem trójchlorku jodu w stosunku 1 : 5500; po upływie 2 tygodni tą metodą imunizowane świnki znosiły dobrze śmiertelne dawki hodowli jadowitych. Mniejszy stopień odporności otrzymał Behring po zakażeniu zwierząt jadowitemi hodowlami i następowem leczeniu miejscowem trójchlorkiem jodu lub chlorkiem złota i sodu. Jeszcze mniejszy stopień odporności otrzymywał ten badacz przez wstrzykiwanie przez kilka dni z rzędu po 0·5 cm. sz. 10% rozczynu dwutlenku wodu, nieco zakwaszonego kwasem siarkowym.

Peyraud, wychodząc z założenia, że jad tężcowy działa w sposób zbliżony do działania strychniny, imunizował z dobrym wynikiem króliki przez wstrzykiwanie tego alkaloidu w ciągu kilku dni.

Behring, Kitasato i Wassermann, pracując nad imunizacyą surowicą krwi zwierząt odpornych, przyszli do przekonania, że normalny organizm musi zawierać w sobie czy w pewnych warunkach wytwarzać substancye, działające antytoksycznie; przypuszczali, że poważną rolę odgrywają tu ciałka limfatyczne; wybrali więc do doświadczeń swych grasicę, zbudowaną, jak wiadomo, przeważnie z pierwiastków limfatycznych. Słabo alkaliczny wyciąg wodny z cielęcej grasicy, dodany do hodowli tężca, której jadowitość poprzednio stwierdzono, znakomicie (do $\frac{1}{3000}$ — $\frac{1}{5000}$) obniżał jej jadowitość. Próby imunizowania zwierząt wyciągiem tym dały jednak wyniki ujemne, jak przypuszczają autorzy, wskutek tego, że danej antytoksynie brakowało własności swoistych. Zaczęli więc metodę tę stosować w ten sposób, że do jadowitych hodowli buljonowych dolewali dwa razy tyle wyciągu grasicowego i pozostawiali hodowle pod działaniem tego wyciągu przez 24 godziny. Okazało się, że hodowle tak przygotowane, nadawały się bardzo dobrze do imunizowania zwierząt na tężec, cholerę, błonicę, bakterye tyfusu i posocznicy świń. (C. d. n.)

Choroby dzieci.

Sziklai: **Dławiec i jego leczenie.**

Wychodząc ze stanowiska, że każde zapalenie włóknikowe polega na tworzeniu się błon z przesięku przez jego krzepnięcie, wnosi autor, że głównem zadaniem leczniczem w dławcu krtani jest oddzielenie a więc odksztuszenie jakoteż przeszkodzenie krzepnieniu. Jedynym środkiem spełniającym oba te warunki jest pilokarpina powiększająca wydzielinę gruczołów błon śluzowych, przez co więcej śluzu nagromadza się między błoną śluzową a dławcową tak, że błona zostaje niejako podminowaną i łatwo może być wyrzuconą po podaniu środków wyksztusznych.

Autor stosował pilokarpinę w przebiegu zapalenia płuc krupowego, przez co skraca się znacznie cały przebieg choroby. W zapaleniu nerek krupowem z bardzo znacznemi obrzękami podawany ten środek wywołuje prawie z dnia na dzień ich zmniejszenie się. Nawet w nader uporczywych przypadkach zapalenia dławcowego pęcherza moczowego skutkuje pilokarpina znakomicie, gdyż błony za równoczesnem przestrzykiwaniem oddzielają się z łatwością. Co do dawek, jakich autor używa, to zwykle podaje wewnętrznie po 0·02 do 0·03 na dzień, w przypadkach ciężkich używa wstrzykiwań i dochodzi do 0·03 nawet po dwa razy dziennie, mimo tego nigdy nie obserwował objawów ubocznych. (*Wiener Medicinische Presse Nr. 51, 1892 i Nr. 1, 1893*).

Herz: **Użycie ichtyolu w zapaleniu gardła.**

Autor podawał 2—3% roztwory ichtyolu jako płukanie we wszelkich rodzajach zapaleń gardła (z wyjątkiem zapalenia migdałków mieszkowego (*follicularis*), gdzie przychodzi do rozpulchnienia, obrzmienia całego podniebienia, migdałków i utrudnienia połykania. Po 24 godzinach używania tego środka przypadłości te i objawy znikają. Ta szybka ulga obok tego, iż płukanie to nie sprawia pieczenia w gardle a chorzy nie doznają uczucia ściągającego, zapach zaś nieprzyjemny szybko znika, powinna skłonić do częstszego niż dotąd używania ichtyolu w przerzeczonych cierpieniach. (*Wiener Medicinische Wochenschrift Nr. 2*).

Dr. Bolesław Komorowski.

Fournier: **Herpes vacciniformis u dziecka, zgorzel części płciowych, nagła śmierć.**

Fournier obserwował 16 miesięczną dziewczynkę, którą mu przedstawiono z wysypką guzkochrostową na częściach płciowych. Guzki te barwy szarej, w samym środku podniesione, wielkości mniej niż półcenta, o konturach okrągłych, regularnych, przypominały wielce krosty po szczepieniu krowianki w dniu 6 — 7. Dziecko miało nieco gorączki. Następnego dnia części płciowe uległy obrzękowi i nabrały barwy sinej, na trzeci dzień okazała się zgorzel tych części wobec wcale niezłego ogólnego stanu dziecka. Czwartego dnia zgorzel poczęła się szerzyć i dziecko zmarło wieczór wśród gorączki 38·4 i nieznacznego rozwolnienia. Sekcya nie wykazała żadnych zmian w organach wewnętrznych prócz małych wynaczynień na powierzchni płuc. (*Révue mensuelle de maladies de l'enfance. Fevrier, 1893*). *Dr. Z. Pelczar.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciwko swędzeniu w odrze, płonicy i ospie wietrznej poleca bardzo gorąco Dr. Klein z Berlina:

25) Rp. *Lanolini purissimi Liebreichi anhydrici* 50·00
Vaselini americani 20·00
Aquae destil. 25·00
Misce terendo; fiat ungtum.
S. Wcierać co trzy godziny.

Przeciwgnilny proszek na zęby P. Vigiera:

26) Rp. *Resorcini* 2·00
Saloli 4·00
Pulv. radd. iridis flor. 40·00
Calcii carbonici 8·00
Carmini 0·30
Olei menthae pip. guttas 10
M. f. p.

Przeciw bólom macicy po porodzie poleca Dr. Rutherford zażywać co 2 lub 3 godziny po pigułce według przepisu:

27) Rp. *Chinini sulfurici* 1·00
Opii puri 0·50
Exti trifolii q. s.
ut f. pill. Nr. 15.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 8. lutego 1893 r.

Przewodniczący kol. Łazarski. — Członków obecnych 45. Gość Dr. Ługowski z Warszawy,

1) Kol. przewodniczący powitał kol. Dra Ługowskiego z Warszawy.

2) Kol. przewodniczący poświęca słowne wspomnienia kol. Zarembie jak również śp. kol. Dr. Krówczyńskiemu, których pamięć uczczono przez powstanie.

3) Kol. Pieniążek przedstawił chorą, u której wykonał trzy razy tracheotomią i laryngofisurę a to z powodu *laryngoscleroma*. Ostatni raz przed Nowym Rokiem wykonał tracheotomię w domu u pacyentki z powodu wielkiej duszności, a następnie laryngofisurę w oddz. prof. Obalińskiego. Podczas tej operacyi przekonał się prelegent, iż chrząstki były zupełnie skostniałe. Chora oddycha obecnie wcale nie źle.

4) Kol. Browicz przedstawia: *a*) p r z e d z i u r a w i o n e j e l i t o z chorego, który przebywał w oddz. chir. prof. Obalińskiego a którego koń w brzuch kopnął. Jelito przedziurawionem zostało powyżej zastawki Bauhina a więc w miejscu z dość znaczną ruchomością. W jamie otrzewnowej znajdowały się kał, krew i t. d. Brak części ściany w jelicie prelegent tłómaczy tem, iż jelito, znajdując się tuż przy kręgosłupie a przygniecione do niego kopytem, uległo zmiażdżeniu i w ten sposób część tę postradało. Przez powstały otwór wypłynęła treść jelitowa i następnie sprowadziła zapalenie otrzewny, śmiercią zakończone. Wypuklona błona śluzowa jelita wśród kilkudniowego trwania choroby przyczepiła się do kręgosłupa i okazywała pewnego rodzaju wygojenie. *b*) r a k s u t k a. Sutek bardzo wielki tem się odznacza, iż obok rozrostu ognisk rakowych w równym stopniu rozrastała się tkanka sutka właściwa, tłuszczowa, podskórna i skóra. Prelegent wywodzi to stąd, iż gdy ognisk rakowych jest dużo lub gdy one nagle rosną, to mocne przekrwienie sutka może sprowadzić rozrost wszystkich jego części.

W dyskusyi zapytuje się kol. Mars, czy osoba ta nie była w owym czasie po porodzie lub w okresie ciąży. Prelegent objaśniając dodaje, iż istotnie osoba ta była niedawno po poronieniu. Kol. Mars dodaje, iż sprawy płciowe mogą niekiedy przyspieszyć znacznie bujanie tkanek.

5) Kol. Obaliński przedstawia: *a*) wyrostek robaczkowy z człowieka 30-letniego, który po zjedzeniu gorącego chleba nagle w nocy zachorował doznając bólów rozpromieniających się od kątnicy do pępka. Następnego dnia wystąpiło znaczne osłabienie, tętno nikłe, brzuch wzdęty, jelita rysowały się a w okolicy kiszki ślepej można było wyczuć zwiększenie się oporu, nadto były odbijania i wymioty obok braku gorączki. Jedni z lekarzy obecnych przypuszczali skręcenie się jelit, inni zapalenie wyrostka robaczkowego. Po 4 dniach brzuch był bardziej wzdęty i bolesniejszy, stan bezgorączkowy a tętno nawet lepsze. Stolca nie można było wywołać w żaden sposób. W takim stanie przywieziono chorego do oddziału chir. Prof. Obalińskiego. Prelegent nie mógł także rozstrzygnąć stanowczo, z czem ma do czynienia, ale ze względu na bolesność i większy opór nad kątnicą przypuszczał tam zapalenie i w tym celu wykonał laparatomię cięciem równoległym do więzu Pouparta. Po otwarciu jamy brzusznej można było wyczuć wyraźniej stwardnienie, które podczas odsuwania na boki pękło, poczem wydobyła się ropa nader cuchnąca. Prelegent wyszukał następnie wyrostek robaczkowy a przekonawszy się, iż ma ściany nader cienkie i prawie zniszczone, odciął go po podwiązaniu. Następnie po oczyszczeniu gruntownem jamy ropnia dochodzącej aż do małej miednicy, zabezpieczył resztę otrzewny w ten sposób, że sieć przyrosłą do ścian owego ropnia zeszył z górnym brzegiem cięcia laparatomijnego, przez co otrzymano w dole przystęp do ropnia a zamknięto właściwą jamę otrzewnową.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem zaznacza prelegent dobry skutek operacyi i radzi, by w ciężkich przypadkach tego rodzaju wcześniej przystępować do operacyi, niż to dotychczas było w zwyczaju.

b) D w i e m a c i c e. Jedną prawie w trójnasób powiększoną wydobył prelegent dwoma sposobami, bo początek operacyi wykonał metodą Martina a dokończył sposobem Freunda, który chwali zwłaszcza wobec takiego zwiększenia macicy i zajęciu już parametryów. Obie macice wykazały budowę gruczolakorakową.

W dyskusyi kol. Gluziński wspomina, iż zdarzają się zapalenia wyrostka robaczkowego, w których jest i tor gorączki nieregularny a nawet chełbotanie itd., a przecież bez operacyi wszystko ulega zupełnie wessaniu. Sądzi, że te dopiero przypadki należy operować, w których objawy podobne są do uwięzgnięcia, dalej znaczne objawy otrzewnowe i zapad sił; n. p, po 2 dniach choroby sprawa zaczyna się niby polepszać, zapalenie ograniczać do kiszki ślepej, gorączka z torem nieregularnym lub stan bezgorączkowy, bóle napadowe, a również badając przez prostnicę wyczuwa się obniżenie guza. Przytem doradzałby cięcie pozaotrzewnowe.

Prelegent w odpowiedzi twierdzi, iż nie proponuje operacyi we wszystkich, tylko wyraźnie w ciężkich przypadkach, a więc w tych, w których wysięk jest duży a również są objawy niedrożności jelit i bóle napadowe.

Dalszą dyskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

6) Wybrano jednogłośnie na czynnych członków jedenastu kolegów. (Nazwiska ich podano nrze 6. *Przeglądu lek.*)

7) Kol. Przewodniczący wnosi, by b. Prezesowi kol. Ponikle wyrazić uznanie i podziękowanie piśmiennie w formie ozdobnej; wniosek ten przyjęto jednomyślnie wśród żywych i gorących oklasków.

8) Kol. Przewodniczący zawiadamia, iż Prof. Maragliano, sekretarz Centralnego komitetu Zjazdu lek. w Rzymie w roku bieżącym odbyć się mającego nadesłał pismo oznajmiające, iż komitet zgadza się chętnie na utworzenie komitetu polskiego z siedzibą w Krakowie.

W dyskusyi zabierali głos kol.: Browicz, Gluziński, Zarewicz, Cybulski, Domański i Przewodniczący.

W myśl tego wybrano komitet przygotowawczy na międzynarodowy zjazd lek. w Rzymie z kol.: Cybulskiego, Domańskiego, Gluzińskiego, Ponikły, Rydygiera, Zarewicza i Radeckiego.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne XVII. w dniu 8. lutego 1893 r.

Przewodniczący Prof. Dr. K o r c z y ń s k i. — Członków obecnych 16.

I) Przewodniczący zagaja posiedzenie nadmieniając, że Wydawnictwo, za jego inicyatywą założone, któremu przez cały czas ma zaszczyt przewodniczyć, rozpoczęło obecnie 18-ty rok istnienia, że według sił swoich stara się wypełniać swe zadanie i że rozwija się prawidłowo. W szczególności działalność i stan Towarzystwa w roku 1892 przedstawia przewodniczący, jak następuje:

a) Od ostatniego Zgromadzenia ogólnego, które się odbyło w dniu 20. stycznia 1892 r., dokończono seryi I. R o z p r a w z z a k r e s u m e d y c y n y p r a k t y c z n e j przez wydanie 5 rozpraw a mianowicie od nru 7—11

włącznie a korzystając z upoważnienia tegoż Zgromadzenia rozpoczęto wydawanie Seryi II, z której wyszło zeszytów 5 tak, że dotąd wydano razem 16 zeszytów Rozpraw. Seryę II. otrzymają członkowie i prenumeratorowie Wydawnictwa jako bezpłatne premium za r. 1892. Redakcya rozpraw pozostaje w rękach przewodniczącego. Rozprzedaż postępuje całkiem prawidłowo.

b) Dzieło prof. Jaworskiego p. t. Podręcznik chorób żołądka, którego rękopis oddany został do druku, stanowić będzie bezpłatne premium za r. 1892. — Również wkrótce rozpocznie się druk obszerniejszego dzieła Dra Władysława Bylickiego ze Lwowa p. t. Ginekologia. Dzieło to zaopatrzone bardzo znaczną ilością rycin rozesłane zostanie jako premium bezpłatne za rok 1894. — Rękopis dzieła prof. Dra Oettingera p. t Historya medycyny przesłano do Akademii Umiejętności, którą wezwało Wysokie Ministerstwo Oświaty do ocenienia, czy dzieło to zasługuje na subwencyę rządową, któraby ułatwiła Wydawnictwu wydanie dzieła.

Z dwóch rękopisów zarząd Wydawnictwa nie mógł korzystać, albowiem jeden tyczył sią tłómaczenia z języka niemieckiego a zarząd trzyma się zasady wydawania dzieł tłómaczonych tylko w braku dzieł oryginalnych, drugi zaś rękopis odnosił się do dzieła, które prawie równoczesnie wydano w innym języku.

c) Stosunki z innemi Wydawnictwami lekarskiemi polskiemi były przyjazne a między innemi dowodem wzajemnego popierania się były wzajemne umieszczania ogłoszeń i inseratów.

d) Na uroczystość jubileuszową Tow. lek. galic. we Lwowie wysłał przewodniczący imieniem Wydawnictwa telegram gratulacyjny.

e) Powiatowa Dyrekcya skarbowa uwolniła Wydawnictwo od opłacania należytości ekwiwalentowej.

f) Liczba członków zwiększyła się w ciągu roku 1892 o 9. W dniu 1. stycznia 1892 r. wydawnictwo liczyło członków honorowych 3, członków czynnych 101, prenumeratorów 105. W ciągu r. 1892 zmarło 5 Członków czynnych (Dr. Nowiński, Pawlas, Skórkowski, Trembecki i Trachtenberg), przybyło 14 prenumeratorów (Dr. Ambrożewicz, Aschkenasy, Bielecki, Galant, Hicner, Haumann, Kretowicz, Łucki, Mikucki, Schoengut, Szymkiewicz, Siedlecki, Węgrzynowski i Żędzianowski). W dniu 1. stycznia 1893 Wydawnictwo składa się więc z 3 członków honorowych, 96 członków czynnych i 119 prenumeratorów, razem z 218 uczestników.

II) Na wniosek Przewodniczącego zgromadzeni oddali przez powstanie cześć pamięci zmarłych członków.

III) Na wniosek Komisyi kontrolującej (Dr. Buszek i Ściborowski), która rachunki i kasę znalazła w zupełnym porządku, udzielono zarządowi Wydawnictwa absolutoryum za rok 1891. Do sprawdzenia rachunków z roku 1892 wybrano Drów Buszka, Radeckiego i Ściborowskiego.

IV) Podkarbi Doc. Dr. Grabowski zdał sprawę z funduszów Wydawnictwa: Dochód w r. 1892 wynosił 1157 złr. 36 ct. (a mianowicie: składki wstępne 10 złr., składki roczne 298 złr. 96 ct., sprzedaż dzieł i rozpraw 576 złr. 16 ct., odsetki od kapitału 262 złr. 09 ct., dochód nadzwyczajny 10 złr. 25 ct.). Rozchód wynosił 729 złr. 20 ct. (a mianowicie: wydawnictwo Rozpraw 525 złr. 74 ct., rozsełka dzieł i rozpraw 29 złr. 25 ct., ogłoszenia o innych wydawnictwach polskich 12 złr. 54 ct., przypomnienia o zaległe składki i portorya 7 złr. 67 ct., wynagrodzenie administratora 150 zlr., posługa 4 zlr.). Nadwyżka dochodu 428 złr. 16 ct. Majątek Wydawnictwa wynosi 6545 złr. 62 ct., oprócz zaległych wkładek i nierozprzedanych nakładów.

V. Administrator zdaje sprawę z rozprzedaży dzieł, z czego się okazuje, że nakład Nauki położnictwa prof. Jordana został już wyczerpany a nakłady dzieł Widmanna, Rothego i Wiczkowskiego są bliskie wyczerpania. Wydawnictwo dzieł lek. polskich posiada na składzie jeszcze dzieł dotąd nierozprzedanych na sumę 4661 złr. 5 ct. a zaległe wkładki za lata ubiegłe wynoszą 476 złr., które jednak z każdym dniem zostają spłacane.

VI) Na wniosek zarządu, przedstawiony przez administratora Dra Surzyckiego, uchwalono, by majątek Wydawnictwa w papierach publicznych przechowany był jako depozyt w jednej z publicznych instytucyj finansowych.

VII) Na następne dwulecie wybrano prezesem prof. Dra Korczyńskiego, wiceprezesem prof. Dra Oettingera, członkami Wpdziału: doc. Dra Grabowskiego, prof. Dra Halbana, Dra Kwaśnickiego, Dra Surzyckiego i prof. Dra Pieniążka, zastępcami członków: prof. Dra Domańskiego, prof. Dra Gluzińskiego, prof. Dra Jaworskiego, prof. Dra Obalińskiego, Dra Radeckiego i Dra Wiszniewskiego.

VIII) Na wniosek Dra Ściborowskiego Zgromadzenie wyraziło uznanie dla zarządu Wydawnictwa za skuteczne działanie a przewodniczącemu podziękowanie za jego niestrudzoną dbałość o dobro Wydawnictwa.

Sekretarz i administrator: *Dr. Józef Surzycki.*

V. Wiadomości bieżące.

— Spełniając życzenie wielu czytelników *Przeglądu lekarskiego* a przede wszystkiem Sz. Towarzystwa lekarzy galicyjskich rozpoczyna komisya redakcyjna artykułem Sz. kol. Dra Karola Kleckiego w niniejszym numerze szereg prac przedstawiających obecny stan ważnych kwestyj naukowych na podstawie najnowszych badań i spodziewa się od ogółu życzliwego poparcia swych usiłowań zmierzających do zaspokojenia prawdziwej potrzeby lekarzy.

— **Wiedeń** dnia 25. lutego 1893.

Wielkie wrażenie wywarło tu w kołach lekarskich, a może jeszcze większe w nielekarskich, doniesienie, które Dr. Hasterlik wczoraj zakomunikował na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego a w którem zdawał sprawę z doświadczeń swoich z prątkiem przecinkowym Kocha na ludziach. Doświadczenia, których częściowo byłem świadkiem, czynił Hasterlik w tutejszej pracowni dla patologii ogólnej i eksperymentalnej pod kierunkiem prof. Strickera i znanego epidemiologa prof. Draschego.

Przebieg tych doświadczeń był następujący: Dnia 19. grudnia r. z. spożył Hasterlik z hodowli kłutej żelatynowej prątków przecinkowych tyle, ile zapomocą igły platynowej można było wydobyć przez jednorazowe zanurzenie i okręcenie. Hodowla do tego celu użyta pochodziła z przypadku cholery, który pojawił się był we Wiedniu a z którego czyste kultury wyhodował Paltauf. Gdy po spożyciu tak małej ilości nie wystąpiły żadne objawy, zażył H. w trzy tygodnie później nieco więcej a mianowicie kroplę hodowli żelatynowej, którą otrzymał prof. Pertik w Budapeszcie ze stolców osoby zmarłej na sześć dni przedtem na cholerę azyatycką. Ponieważ i w tym przypadku nie było żadnych następstw, wypiła druga osoba dnia 12. stycznia b. r. koło $^3/_4$ cm. sz. hodowli żelatynowej, częściowo płynnej, również bez szkodliwych następstw. We wszystkich trzech doświadczeniach stolce były prawidłowe i nie zawierały, jak tego dowiodły skrzętne poszukiwania, prątków przecinkowych.

Następnie trzecia osoba skłonna do biegunek spożyła całą hodowlę kłutą żelatynową, przeszczepioną z poprzedniej kultury, przedstawiającą zatem trzecią generacyę budapeszteńskich prątków. W tym przypadku zjawiły się po 36 godzinach podczas lekkiego podniesienia ciepłoty stolce wolne żółtawo-brunatne, które w zupełnie dobrym stanie zdrowia osoby badanej trwały przez 4 dni tak, że w ciągu 7 dni, przez które trwało doświadczenie, było 11 stolców (dziennie najwięcej trzy). Ze stolców drugiego do czwartego dnia wyhodowano prątki przecinkowe Kocha.

Piąte doświadczenie wykonał Hasterlik znowu na sobie. przyczem zobojętnił przedtem sok żołądkowy wypiwszy 100 gr. 1% roczynu dwuwęglanu sodu. Tym razem we 24 godzin po zażyciu 1 cm. sz. hodowli żelatynowej z 4. generacyi wykazano w stolcu zupełnie zresztą prawidłowym prątki choleryczne, które też następnie wyhodowano; stan zdrowia H. był zupełnie prawidłowy. Jeszcze jedno doświadczenie wykonano na osobie, u której przez dwa tygodnie były zaburzenia ze strony jelit. I w tym przypadku po spożyciu $1^1/_2$ cm. sz. hodowli ze świeżego przypadku

cholery można było przez 4 pierwsze dni wykazać prątki przecinkowe w stolcach.

Wszystkie osoby, na których zrobiono doświadczenia powyższe, znajdują się obecnie w stanie zupełnego zdrowia.

Dr. Beck.

— Ze zdania sprawy Towarzystwa lekarskiego wileńskiego widać, iż Towarzystwo to wyraźnie z każdym rokiem rozwija się coraz pomyślniej. Liczba członków wciąż wzrasta, a na posiedzeniach bywa ich wielu (po 40 i 50). Odczytów i demonstracyj interesujących bywa dużo. Żywą dyskusyą wywołały demonstracye i odczyty o influenzie, suggestyi, wadliwościach teraźniejszego szczepienia ospy, ropniu podprzeponowym, leczeniu suchot kantarydynianem potasowym, laparotomii w zapaleniu gruźliczem otrzewny, leczeniu włókniako-mięsaków sposobem Apostolego, histeroektomii pochwowej w raku macicy, owaryotomii i t. d. Najczynniejszymi wydają się koledzy Bagiński, Dembowski, Erbstein, Jundziłł, Stembo, Wygodzki. Pracownia, głównie dla celów dyagnostycznych, zostaje pod dyrekcyą kol. Wojnicza i opłaca się przyniosłszy dochodu przeszło 500 rubli. W roku ubiegłym byli prezesem Erbstein, wiceprezesem Jundziłł, sekretarzami Strzemiński i Marewicz, bibliotekarzem Bieliński, kasyerem Seidler, konserwatorem Syrwid. (*Gaz. lek. nr. 8. 1893*).

— Zarząd (duma) miasta Rybińska postanowił podziękować lekarzowi miejskiemu Juliuszowi Smoleńskiemu za gorliwe i pożyteczne pełnienie obowiązków lekarskich przez lat 25 i mianować go honorowym obywatelem miasta, którego mieszkańcy ze swej strony pragną wywdzięczyć się jubilatowi przez danie na jego cześć obiadu i zebranie kapitału na stypendyum jego nazwiska.

— **Cholera.** W ostatnich dniach donoszą tylko o bardzo sporadycznych przypadkach z okolic Halli nad Salą w Saksonii pruskiej i z Altony. Natomiast zdaje się, iż cholera wygasła zupełnie na Węgrzech i w Marsylii. Co do tego miasta, to pojawienia się w niej cholery zupełnie nagłego i niespodziewanegd dotychczas nie wyjaśniono. Lekarz tamtejszy, Dr. Régnault, domyśla się tylko, iż przyczyna tego tkwić może w tem, że Marsylia używa wody z małej rzeki, nad którą znajduje się wiele młynów przerabiających na mąkę zboże przeważnie przywiezione ze Wschodu a mianowicie Indyj i że w tem zbożu znajdywać się mogły zarodki cholery, które następnie dostały się do wody przerzeczonej, w której nie znaleziono wprawdzie lasecznika przecinkowego, ale w każdym razie mnóstwo bakteryj dowodzących znacznego jej zanieczyszczenia.

— Międzynarodowa komisya sanitarna powstała z inicyatywy rządu austro-węgierskiego rozpocznie swe obrady w Dreźnie w dniu 6. b. m. i zajmie się ułożeniem zasad wspólnych kroków przeciw cholerze. W komisyi tej będą zasiadać nie tylko lekarze, ale także i reprezentanci dyplomatyczni państw europejskich.

— Pewnego właściciela składu materyałów aptecznych w Petersburgu skazał sąd pokoju na grzywnę 300 rubli a w razie niemożności zapłacenia na trzy miesiące aresztu za sprzedaż leków już gotowych i trucizn.

— Towarzystwo lekarskie w San Francisco postanowiło, że każdy jego członek, któryby używał reklamy dla siebie za pomocą pism peryodycznych, będzie z niego wyłączony.

— Niemieckie Towarzystwo ochrony zdrowia publicznego odbędzie w bieżącym roku walne swe zgromadzenie w Wircburgu od 25. do 28. maja. — Na porządek dzienny posiedzeń dano: 1) ustawy budownicze dla śródmieść, przedmieść i osad przedmiejskich; 2) reformy w przyrządzaniu chleba; 3) zasady właściwego żywienia się; 4) *rzecz o zapobieganiu marnowaniu wody z wodociągów;* 5) rzecz o spożytkowaniu mięsa wątpliwej wartości i padliny.

— Prezydent policyi w Berlinie uprasza tamtejszych lekarzy, by na kartach śmierci używali nazw choroby niemieckich a wyrazy *cholera nostras* zastępowali w celu uniknienia alarmowania publiczności wyrażeniem: *einheimischer Brechdurchfall.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 8-go marca b. r. **wyjątkowo o godz. 5 po południu** posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: Sprawozdanie komisyi wodociągowej, referent kol. prof. Browicz.

Sprostowanie. W nrze 8-ym na str. 97, szpalcie II, wierszu 18 od dołu zamiast „*wrzodem*“ powinno być „*ropniem*“ a w wierszu 5 również od dołu zamiast „*wrzodzie*“ powinno być „*ropniu*“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do nru niniejszego dołącza się dla prenumeratorów w Austro-Węgrzech okólnik Komitetu polskiego na zjazd lek. w Rzymie.

L. 101.

KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 7. lutego 1893 L. 6564 rozpisuje się konkurs na posadę prymaryusza oddziału kiłowo-skórnego dla kobiet, przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej czasowej przywiązaną jest płaca o rocznych 1200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich, albo doktora medycyny i chirurgii na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya i praktykę szpitalną w dziale chorób kiłowych i skórnych;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 30. marca 1893 na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

We Lwowie, d. 15. lutego 1893. (28—4—2)

L. 285.

KONKURS.

Odnośnie do tutejszych ogłoszeń z 3. września 1892 roku L. 2072 i 11. listopada 1892 L. 2700 rozpisuje Wydział powiatowy po raz trzeci konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Łące.

Okręg ten obejmuje 16 gmin na obszarze 229□ klm. z 16858 ludnością.

Roczna płaca wynosi 500 złr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 275 złr. a. w.

Kandydaci muszą posiadać prócz dostatecznej fizycznej zdolności, następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;
2) dyplom doktora medycyny, uprawniający wykonywanie praktyki lekarskiej;
3) nieskazitelny charakter;
4) znajomość języków krajowych;
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6) a oraz przyjąć obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli ci pierwszeństwo, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Samborze **przed 15. marca 1893.**

Wydział Rady powiatowej (27—3—2)
w Samborze dnia 31. stycznia 1893 roku.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 11. Marca 1893. Nr. 10.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza w Krakowie.

Z kazuistyki cięcia cesarskiego.

Podał
Dr. Aleksander Rosner,
drugi asystent kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 9.)

Opisujemy powyższy przypadek nietylko dlatego, żeby wzbogacić statystykę cięcia cesarskiego zachowawczego, ale nadto i z tego powodu, ażeby zwrócić uwagę na kilka zajmujących szczegółów, które czynią nasz przypadek nie codziennym a mianowicie chcemy zwrócić uwagę na to, że: 1) przed operacyą nie można było rozpoznać przyrody guza ścieśniającego miednicę; 2) cięcie cesarskie wykonano z dość rzadkiego wskazania; 3) wykonano je w warunkach niepomyślnych; 4) w połogu wystąpiła niedrożność jelit; w końcu 5) rana brzuszna rozeszła się dwa razy a raz wypadła pętla jelita. Nad punktami tymi zastanowimy się po kolei.

Rozpoznanie przyrody guza musiało w naszym przypadku wahać się, jak to już wyżej wspomnieliśmy, między nowotworem a ropniem zimnym, z wszelką jednak pewnością nie można było wykluczyć ani jednego ani drugiego przypuszczenia. Wywiady zdawały się więcej przemawiać za sprawą zapalną, ale bez żadnej zmiany dały się również zastósować do rozpoznania nowotworu. Mówiąc o wywiadach mam tu na myśli dwa objawy, na które chora zwraca uwagę a mianowicie ból i upośledzenie ruchów kończyny dolnej lewej. Tym bólem i tem utykaniem rozpoczynają się zwykle przewlekłe cierpienia zapalne stawów. W szpitalu św. Łazarza rozpoznanie zapalenia lewego stawu biodrowego w maju 1892, w historyi choroby uzasadnione, przemawiało również za tem, że sprawa zapalna jest dalej w toku i od roku postąpiła o tyle, że wytworzyły się ropnie zimne, których jeszcze nie było podczas pobytu chorej w szpitalu. Ale i nowotwory miednicy małej rozpoczynają się często bólem i utykaniem. Büge [1]) zebrał i zestawił historye chorób jedenastu przypadków mięsaków miednicy i zastanawiając się nad objawami tego zresztą rzadkiego cierpienia, pisze: „prawie wszyscy chorzy podają jako pierwszy objaw cierpienia miejscowe bóle, następnie bóle rozpromieniające się w nogi, później zaś dopiero zwracają uwagę na istnienie guza“. Z wywiadów zestawionych w pracy Bügego wypada, że obok bólów występuje bardzo często w samym początku choroby i upośledzenie ruchów odpowiedniej kończyny dolnej. Oba więc objawy, na które chora nasza narzeka, wydarzają się równie często w początkach sprawy zapalnej jak nowotworowej; innemi słowy: wywiady nie mogły w naszym przypadku ułatwić rozpoznania.

Co się tyczy badania przedmiotowego, to i one nie mogło sprawy wyjaśnić. Badanie to wykrywa szereg objawów, z których jedne zdają się wyraźnie przemawiać za ropniem zimnym, inne z równą niemal pewnością każą rozpoznawać nowotwór. Objawy przemawiające za ropniem zimnym odnoszą się do obrzęków koło kręgosłupa lędźwiowego. Obrzęki te mają i kształt właściwy ropniom i właściwą im konsystencyą, okazują chełbotanie, a co najważniejsza, nie znajdujemy tu żadnego objawu, któryby sprzeciwiał się rozpoznaniu ropnia. Natomiast guz wypełniający miednicę małą przedstawia się zupełnie inaczej. Jest on, jak to w stanie obecnym wspomniano, od obrzęków lędźwiowych twardszy, chełbotania w nim niema, jednem słowem wszystko przemawia za tem, że jest on raczej nowotworem, niż ropniem. Z tego wynika, że ścisłe i pewne rozpoznanie było niemożliwe przed nakłuciem.

Co do drugiego punktu, to, jak wiadomo, bezwzględne ścieśnienie kostnej miednicy jest najczęstszą przyczyną cię-

[1]) Büge: Beitrag zur Casuistik der von den Knochen ausgehenden Beckensarcome. Inaug. Dissert. Greifswald, 1888, p. 27.

cia cesarskiego, rzadziej nowotwory wychodzące z części rodnych (rak, włókniak macicy). Do rzadszych jeszcze przyczyn należą guzy nie będące w związku z częściami rodnemi a ścieśniające bardzo miednicę, jak w naszym przypadku. Inne wskazania, jak n. p. zwężenie pochwy i t. d., nie są również częste. Leopold [1]) w 23 przypadkach cięcia cesarskiego nie operował ani razu z powodu guzów miednicy. W 424 przypadkach cięcia cesarskiego, zestawionych w pięciu rocznikach Frommla [2]), operowano tylko 15 razy z powodu guzów niebędących w związku z częściami rodnemi. Z tych 15 tylko w pięciu przypadkach guz był mięsakiem wychodzącym z kości miednicy (w 6 przypadkach nie podano przyrody guza, w dwóch rozpoznano chrząstniak śródkostny (*enchondroma*), w jednym rak odbytnicy, w jednym wreszcie torbiel skórzakowy zaotrzewnowy (*cystis dermoidalis retroperitonealis*). Oprócz tych znane są w literaturze i inne guzy, które jednak stanowią unikaty, n. p. nerwiak nerwu kulszowego w przypadku opisanym przez prof. Madurowicza [3]). Z tego cyfrowego zestawienia wynika, że mięsak miednicy stanowił tylko w 1·2% przypadków wskazanie do cięcia cesarskiego, choć i ta mała cyfra jest prawdopodobnie za dużą, jeżeli się uwzględni, że niemal wszystkie cięcia cesarskie wykonane ze wskazania tak rzadkiego, jak mięsak miednicy, ogłoszono, nie publikowano zaś wielu przypadków innych, w których wskazanie jest tak częste jak ścieśnienie miednicy.

Punktu trzeciego, t. j. tego, że zabieg wykonano w warunkach niepomyślnych, długo udowadniać nie potrzeba. Wprawdzie poród nie trwał zbyt długo, bo zaledwie 24 godzin a wody odpłynęły mniej więcej przed ośmiu godzinami, pomimo to mieliśmy wyraźne objawy rozdęcia dolnego odcinka macicy a, co za tem idzie, niebezpieczeństwo pęknięcia. Tak w opisie stanu obecnego, jak i zabiegu operacyjnego była o tem wyraźna wzmianka. Że taki stan psuje warunki i pogarsza rokowanie, rzecz pewna i znana. Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że najstosowniejszą chwilą do zabiegu jest początek porodu a Schauta [4]) pisze: „Man operire bei Beginn der Wehen, vorausgesetzt, dass das Orificium mindestens für einen Finger durchgängig ist. Das Vorhandensein der Fruchtblase ist dabei wünschenswerth, kann jedoch nicht unbedingt gefordert werden. Spätoperationen sind zu vermeiden, da dieselben prognostisch ungünstig sind". W naszym przypadku mieliśmy do czynienia niewątpliwie z tem, co Schauta nazywa *Spätoperation*, i nie zbyt długiej zwłoki potrzeba było na to, żeby zamiast cięcia cesarskiego wykonać laparatomię w razie pęknięcia macicy. Te objawy grożącego pęknięcia, powstałe w dość krótkim czasie po odpływie wód, dowodzą, że praca porodowa i siła bólów musiały być znaczne; tego samego dowodzi zresztą i stan główki płodu. Główka ta, którą znaleźliśmy na talerzu biodrowym prawym a więc nad wchodem miednicy, okazywała wyraźne zniekształcenie podobne do tego, jakie znajdujemy w przypadkach, w których główka, przy silnych bólach i niezbyt krótko trwałym porodzie, przechodzi przez przewód miednicy, zwłaszcza, jeżeli nadto jest niestósunek porodowy. W naszym przypadku deformacya polegała na spłaszczeniu kości ciemieniowej prawej, którą widocznie silne bóle przyparły do talerza biodrowego.

Do niekorzystnych warunków możemy w końcu zaliczyć wypełnienie kiszki grubej kałem a czynimy to tem pochopniej, ile że właśnie to powikłanie dało się we znaki po operacyi. Słup kału opierał się od dołu o guz miednicowy i dlatego zwykłemi lawatywami nie mogliśmy go przed zabiegiem usunąć. To stało się prawdopodobnie przyczyną ciężkich objawów niedrożności przewodu pokarmowego, które wystąpiły trzeciego dnia po operacyi i omal nie stały się przyczyną śmierci pacyentki. Zachodzi pytanie, co było przyczyną niedrożności? czy samo wypełnienie jelit kałem i osłabienie ruchów robaczkowych przez podawanie nastoju makowcowego? Sądzimy, że nie. Olshausen [1]) w dziele swojem o chorobach jajnika rozwodzi się szeroko nad przyczynami niedrożności przewodu pokarmowego po owaryotomiach, nie wspomina jednak o tem, żeby samo wypełnienie jelit kałem i osłabienie lub zniesienie ruchu robaczkowego mogło sprowadzić niedrożność. — Również i Hegar zastanawia się w operacyjnej ginekologii nad przyczynami niedrożności po laparotomiach i zestawia w sposób wyczerpujący czynniki mogące sprowadzić *ileus*, ale i on nie wspomina o przerzeczonej przyczynie. Jest rzeczą wielce do prawdy podobną, że do powstania niedrożności u naszej chorej przyczynił się obok wypełnienia jelita kałem i osłabienia ruchów robaczkowych także i ucisk, jaki wywierał nowotwór na kiszkę odchodową. Ten ucisk nie był tak znaczny, żeby sam przez się zamykał zupełnie drogę kałowi, bo przed zabiegiem znaleźliśmy kał i poniżej przeszkody, ale bądź co bądź utrudniał on treści jelitowej, zwłaszcza zbitej, posuwanie się naprzód tak, że do przezwyciężenia przeszkody potrzeba było silniejszego niż zwykle ruchu robaczkowego. Tymczasem podanie nastoju makowcowego ruch ten osłabiło, przez co przeszkoda dotąd względna stała się bezwzględną; duży słup twardego kału nie popychany naprzód silnym ruchem robaczkowym, nie mógł przesunąć się przez miejsce uciśnione i objawy niedrożności musiały szybko wystąpić. Czy podanie makowca było błędem, trudno rozstrzygnąć. Był on przecież bezpośrednio po zabiegu wskazany, bo chodziło o uspokojenie ruchu jelit a więc o spokój dla organu zranionego i zeszytego, dla macicy.

Wszyscy autorowie zgadzają się na to, że rokowanie w przypadkach niedrożności pooperacyjnej jest bardzo niekorzystne. Spencer Wells [2]) nazywa wprost powikłanie to najcięższem, jakie się zdarzyć może po owaryotomii (bo o tej operacyi tylko pisze) i niewątpliwie w przypadkach niezakażonych chyba tylko krwotok do zaszytej jamy brzusznej jest powikłaniem groźniejszem.

Do szczegółów, które przypadek nasz czynią zajmującym, zaliczyliśmy w końcu rozejście się powłok brzusznych. Powikłanie to przebiegu pooperacyjnego nie należy do przypadków częstych, jak tego wymownie dowodzi literatura. Everke [3]) pisząc o tem w roku 1890 przytacza zaledwie 13

[1]) Leopold: Der Kaiserschnitt und seine Stellung etc. Stuttgart 1888.

[2]) Frommel: Jahresbericht etc. 1887, 1888, 1889, 1890 i 1891.

[3]) Madurowicz: Przegląd lekarski 1870, str. 153 i nast.

[4]) Schauta: Grundriss der operativen Geburtshilfe. 1892. str. 217.

[1]) Olshausen: Die Krankheiten der Ovarien. Stuttgart 1886.

[2]) Spencer Wells: Krankheiten der Eierstöcke. Leipzig 1874.

[3]) Everke: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. XX, p. 441.

przypadków zebranych przez Olshausena, choć Bruntzel[1]) już w r. 1880 wspomina o 19 przypadkach. Spencer Wells widział i opisał 6 przypadków rozejścia się powłok brzusznych, Ask[2]) przytacza jeden, Freund[3]) także jeden przypadek. Przeglądając przystępną sobie literaturę i zestawiając przypadki zebrane przez Olshausena i Bruntzla znajduję ich w ogólności tylko 26, choć niewątpliwie zdarzenie to jest częstszem. Tych 26 przypadków rozdziela się na autorów, którzy je widzieli i opisali, jak następuje: Spencer Wells 6, Bruntzel 3, Olshausen i Peaslee po dwa, Spiegelberg, Walne, Lawson Tait, Nussbaum, Lyon, Hodder, Bickersteth, Freund, Wahl, Menzel, Ask, Croft i Mandelstam[4]) po jednym. Dzięki nadzwyczajnej uprzejmości proff. Madurowicza, Obalińskiego i Rydygiera, którym na tem miejscu składam podziękowanie, mogę do tej cyfry dołączyć pięć dotąd nieogłoszonych przypadków, z których proff. Madurowicz i Obaliński obserwowali po dwa, prof. Rydygier zaś jeden przypadek.

Przyczyny otwarcia się jamy brzusznej po laparotomii są zupełnie jasne; są one najczęściej przyrody czysto mechanicznej, jak wzdęcie brzucha, kaszel, wymioty, parcie na stolec, zbyt wczesne wstanie z łóżka i t. d. Są to wszystko czynniki, którym dobrze zgojona lub silnie szwami ściągnięta rana może stawić należyty opór. Tak też dzieje się najczęściej; wzdęcie żywota, kaszel i wymioty nie są wcale rzadkiemi powikłaniami przebiegu pooperacyjnego a pomimo to zwykle rana brzuszna się nie otwiera. Do tych przyczyn mechanicznych, które można zebrać razem pod jedną nazwę parcia od wewnątrz, przyczynia się jednak najczęściej drugi czynnik: brak należytego oporu od zewnątrz, który też rozmaicie się przedstawia. Albo rana nie goi się doraźnie (*per primam*) wskutek ropienia lub złego zestósowania brzegów podczas szycia, albo też rana jest w trakcie gojenia się przez rychłozrost, ale szwy usunięto zbyt wcześnie.

I jedno i drugie sprawia brak należytego oporu od zewnątrz, gdyż tak rana ropiejąca jak i rana gojąca się doraźnie potrzebują w pierwszych stadyach poparcia od zewnątrz, ażeby się nie rozejść pod wpływem wzmożenia się parcia od wewnątrz. Dlatego to pacyentki po laparotomii nawet, jeżeli rana goi się prawidłowo, leżą przynajmniej 3 tygodnie w łóżku a i po opuszczeniu łóżka powinny, jak powszechnie wiadomo, nosić opaskę brzuszną i wystrzegać się ciężkiej pracy i parcia. Pomijanie tych przepisów wcale nie musi pociągnąć za sobą złych następstw, ale niewątpliwie może. Że nie musi, najlepszym dowodem statystyka Martina[5]), który pacyentki swoje po myomotomii wypuszcza z zakładu już 15. lub 17. dnia i pisząc o tem dodaje: „Nach der entfernten Heimath entlassen“, a które to pacyentki pomimo to cieszą się zupełnem zdrowiem. Tak nie postępuje jednak przeważna liczba operatorów a Olshausen[6]) pisze: „Dieselben (die Operirten) mit 15 Tagen aus dem Krankenhause zu entlassen, wie in verschiedenen Berichten zu lesen ist, halte ich für einen gefährlichen Leichtsinn“.

[1]) Bruntzel: Ueber secundaere Dehiscenz der Bauchwunde etc. Centrbl. f. Chirurgie 1880, pag. 401.

[2]) Ask: Ueber Ovariotomie. Centrblt. f. Gynaekol. 1881, pag. 483.

[3]) Freund: Centrblt. f. Gynaekol. 1879, pag. 483.

[4]) Mandelstam: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynaekol. XXV, pag. 66.

[5]) Martin: Ueber Myomoperationen. Zeitschr. f. Geburtsh. u Gynaek. XX, pag. 47.

[6]) Olshausen l. c. pag. 349.

Autorowie piszący o rozejściu się rany brzusznej, kładą główny nacisk na różne przyczyny tej komplikacyi. I tak Hegar i Kaltenbach[1]) wspominają wprawdzie o przyczynach mechanicznych, o kaszlu, wymiotach i t. d., akcentują jednak najsilniej gojenie się rany *per secundam intentionem* i wzdęcie brzucha w przypadkach posokowatego zapalenia otrzewny. Z tem zapatrywaniem nie zgadza się Olshausen i twierdzi, że nie złe gojenie się rany, ale właśnie czynniki mechaniczne są najczęstszą przyczyną rozejścia się rany brzusznej. Za tem przypuszczeniem przemawia też i statystyka, która wykazuje, że przeważnie chodziło o rany niezakażone i doraźnie zgojone, że więc siła rozpychająca ranę od wewnątrz była tak wielką, że nie potrzeba było sprzyjającej okoliczności, jaką jest niewątpliwie ropienie, żeby się rana rozeszła. U naszej chorej mieliśmy kilka przyczyn: z jednej strony powiększenie się parcia w postaci znacznego wzdęcia brzucha i mocnych ruchów wymiotnych, z drugiej strony brak należytego oporu z powodu zawinięcia brzegów rany i ropienia. Tyle o przyczynach. Co się tyczy czasu upływającego między operacyą a rozejściem się powłok, to dzieje się to najczęściej między 7. a 17. dniem po laparotomii i prawie zawsze po wyjęciu szwów. Pospolicie termin usunięcia szwów bywał dość wczesny, jak w dwóch przypadkach Spencera Wellsa (szósty dzień), w jednym Bruntzla (szósty dzień), w jednym Rydygiera (szósty lub siódmy dzień). Wyjęcie wszystkich szwów, tak głębokich jak i powierzchownych, już ósmego dnia jest niewątpliwie też zawczesne; przyczyniło się ono prawdopodobnie do rozejścia się rany w przypadkach Bruntzla, Crofta, Olshausena i Wahla. W przypadku Nussbauma rozeszły się jednak powłoki pomimo, że szwy wyjęto dopiero dwunastego dnia, natomiast w trzecim przypadku Bruntzla rana otwarła się przed usunięciem szwów już czwartego dnia po zabiegu. U naszej chorej wyjęto szwy głębokie dziewiątego dnia po operacyi a nazajutrz zauważono rozstęp rany. Z tego krótkiego zestawienia widzimy, że acz wczesne wyjęcie szwów przyczynia się do rozejścia rany, jest ono jednak tylko warunkiem sprzyjającym a wcale nie niezbędnym.

Przechodzimy do rokowania w przypadkach rozstępu rany laparotomijnej; musimy je podzielić na dwa działy: na rokowanie co do skutku następowego szwu i *quoad vitam*. Co się tyczy rokowania szwu następowego, to zależy ono zdaniem Hegara i Kaltenbacha od tego, czy rozeszła się rana zgojona doraźnie a więc aseptyczna, czy też brzegi rany były zakażone a rana ropiała. W pierwszym przypadku rokowanie jest znacznie lepsze; po powtórnem zaszyciu zwykła rana taka goić się doraźnie. Tak przebiegały trzy przypadki Bruntzla, dwa Olshausena, jeden Everkego, jeden Rydygiera i jeden Wahla. Jeżeli zaś rana jest zakażona i ropieje, wtenczas zdaniem Hegara nawet po oczyszczeniu, odświeżeniu i zaszyciu wcale nie zawsze goi się doraźnie, co naturalnie psuje też i rokowanie *quoad vitam*. W czasach przedantyseptycznych każdy prawie przypadek rozejścia się powłok kończył się śmiercią, teraz rokowanie jest znacznie lepsze. Z 31 przypadków ery dawnej i obecnej zakończyło się 14 śmiercią a 17 wyzdrowieniem. Śmiertelność dochodzi więc bądź co bądź do pokaźnej cyfry 45·1%.

Jedynem racyonalnem leczeniem tego powikłania jest oczyszczenie, odświeżenie i zaszycie rany, która się rozeszła;

[1]) Hegar i Kaltenbach: Operative Gynaek. 1886 p. 299.

jeżeli jelita wypadły, należy je oczyścić i odprowadzić do jamy brzusznej. Tak uczyniono w naszym przypadku po pierwszem rozejściu się rany. Że po powtórnem rozejściu się nie odprowadzono jelita i nie szyto, o tem była wzmianka w historyi choroby, jak również i o tem, dlaczego tego nie zrobiono. Pomimo to skutek bezpośredni był dobry, podobnie jak w przypadkach Crofta, Mandelstama i Obalińskiego, którzy jelit nie odprowadzali i rozstępu nie szyli. Postępowania takiego, do którego można być zmuszonym zbiegiem okoliczności rzadkim i niekorzystnym, nie można jednak uważać za metodę, lecz jedynie tylko za *ultimum refugium.* Jest ono w wysokim stopniu ryzykowne i nawet po szczęśliwem na razie wyleczeniu naraża chorą na niebezpieczeństwo niedrożności wskutek przyrośnięcia wypadłego jelita do powłok. Dlatego stosować je można tylko w ostateczności, jak to stało się w przypadku Obalińskiego i naszym, uważając zawsze odprowadzenie jelit i zaszycie za leczenie jedynie wskazane.

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Napisał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9.)

W pierwszym razie może być znów głównie wydech, w drugim tak wydech jak i wdech, ale wydech zawsze wyraźniej utrudniony, zupełnie podobnie, jak w czystem zapaleniu dławcowem oskrzeli lub oskrzeli i tchawicy. — Wyjątkowo tylko dojść mogą błony do takiej grubości, że w dole tchawicy lub w oskrzelach głównych istotnie wywołać mogą znaczne zwężenie; najłatwiej może to wystąpić w samym końcu tchawicy i w początkach oskrzeli głównych, sam bowiem klin podziałowy może się pokryć dość grubemi błonami. W ogóle znaczniejsze zwężenie i w oskrzelach najłatwiej wystąpi na miejscach podziału; łatwo pojąć, że takie zwężenie utrudniać będzie tak dobrze wdech jak i wydech. Badanie laryngoskopijne wykaże nam w tym razie błony pokrywające wnętrze krtani i ciągnące się ztąd bez przerwy do tchawicy, czasem do pewnej tylko wysokości, czasem aż do jej końca i do początków obu oskrzeli. Zwężenie może się udać zobaczyć, jeżeli występuje jeszcze w tchawicy, trudniej to przyjdzie, gdy początki oskrzeli głównych są zwężone.

Leczenie nie różni się tu od zwykłego leczenia dławca u dzieci i polega na wziewaniach środków alkalicznych lub przeciwgnilnych i na użyciu środków wykrztuśnych i skrzepiających wewnętrznie. Jeżeli jednak zwężenie dojdzie do znaczniejszego stopnia, wtedy zajść może potrzeba pomocy mechanicznej. W razie wystąpienia zwężenia w głośni, jak to bywa u dzieci, potrzebną jest tracheotomia albo intubacya; w zwężeniu jednak w tchawicy lub oskrzelach, jak to bywa u dorosłych w ogóle a u dzieci po intubacyi, tracheotomia sama przez się nie odniesie żadnego skutku; mimo tego jednak może ona być stanowczo wskazana, gdyż daje nam drogę, przez którą dalej możemy działać a mianowicie usuwać błony zwężające światło tchawicy lub oskrzeli, jak o tem poniżej będzie mowa. Dlatego też stanowczo nie mogę się zgodzić, aby u dorosłych, gdy się znajdzie głośnię i tchawicę przynajmniej w górnej jej części od zwężenia wolną, gdy zatem utrudnienie oddechu pochodzi ze zwężenia w samym dole tchawicy lub w oskrzelach, tracheotomię uważać za bezskuteczną i dlatego jej w żadnym razie nie wykonywać. Jest ona tu równie potrzebną jak w zwężeniu głośni, tylko sama przez się jeszcze nie wystarcza. Nie idzie ztąd, aby w każdym przypadku zapalenia oskrzeli dławcowego należało robić tracheotomię; widzimy nieraz, że bardzo mocne ataki duszności kończą się samodzielnem wykrztuszeniem rurkowatych rozgałęzień błon, po których oddech staje się lekki. Jeżeli jednak błony te nie odrywają się, chory zatem wykrztusić ich nie może a duszność groźne dla życia przybiera rozmiary, wtedy z tracheotomią ociągać się nie należy; pamiętać jednak trzeba, że tracheotomia bez następowego wyjęcia błon tutaj na nic się nie przyda. Najczęściej istotnie siły chorego wystarczą do wykrztuszenia błon a przez to i tracheotomii nie potrzeba, nigdy jednak naprzód nie możemy ocenić stopnia sprawy; dlatego też należy w każdym przypadku zapalenia oskrzeli dławcowego przygotować się na ewentualność tracheotomii, aby potem nie być zaskoczonym znienacka. Pamiętać także należy, że w tych przypadkach może dość nagle wzmódz się utrudnienie oddechu a tem samem nagle zajść potrzeba tracheotomii a względnie zaduszenie. Po intubacyi u dzieci tracheotomia ma jeszcze o tyle większe znaczenie, że tutaj często ona sama wystarczy do usunięcia błon z tchawicy bez pomocy innych zabiegów. Błony mianowicie, które nie mogą wydobyć się ani przez rurkę intubacyjną, ani przez zwężoną głośnię, nieraz samodzielnie wyrzucone zostają przez ranę tracheotomijną. O dalszem postępowaniu po tracheotomii w zapaleniu dławcowem tchawicy i oskrzeli poniżej będzie mowa.

3) Trzecią grupę zwężeń tchawicy stanowią te przypadki, w których przerost błony śluzowej sprawia ścieśnienie jej światła. Wspomnieliśmy już powyżej o sprawie chorobowej, w której przychodzi do zasychania sekrecyi na błonie śluzowej tchawicy; wspomnieliśmy także, że obok tego zasychania znajdujemy często i zwężenie na przeroście błony śluzowej polegające i że na stany takie pierwszy Störk zwrócił uwagę opisując je pod nazwą *blennorrhoea chronica.* Sprawa ta najczęściej występuje w nosie jako t. zw. *ozaena*, gdzie jednak doprowadza nie do przerostu, ale do zaniku małżowin; w wielu razach przechodzi ona na połyk pod postacią *pharyngitis sicca* a znacznie rzadziej przesuwa się na krtań prowadząc tam do przerostu błony śluzowej i to najczęściej na bocznych ścianach krtani pod brzegami strun głosowych jako t. zw. *chorditis hypertrophica infer.* Rzadziej zajętym jest sam przedni kąt głośni, zkąd przerost przesuwając się na boczne ściany krtani tuż pod brzegami strun głosowych wytwarza jakby rodzaj grubej pletwy, struny ze sobą łączącej. Rzadsze jest zajęcie samych strun głosowych, wejścia krtani i przestrzeni międzynalewkowej.

Obok tych zboczeń w krtani, a czasem i bez nich znaleść możemy przerost błony śluzowej w tchawicy lub nawet w oskrzelach. Przypadki takie są bardzo rzadkie, zdarzają się jednak czasami. I tak spotykamy w dziele Störka *Klinik der Kehlkopfkrankheiten* Część I., opisanych kilkanaście przypadków ropotoku, między któremi są przypadki przerostu błony śluzowej w tchawicy a nawet w oskrzelach. Podobnież miałem sposobność i ja widzieć przypadki zwężenia tchawicy na tle przerostu błony śluzowej, który występował bądź to w postaci okrężnej, bądź półokrężnej, bądź też jako dwa półksiężycowe wzniesienia z bocznych ścian tchawicy wy-

stępujące, między któremi znajdował się raz nawet uszypułkowany brodawczak, czy ziarniniak (*granuloma*). Dwa razy mogłem rozpoznać za pomocą zwierciadełka zwężenie w prawem oskrzelu z przerostu błony śluzowej; w obu razach miejsce zwężone przedstawiało się jako ciemny otworek o kilku milimetrach średnicy. Auskultacya wykazała, że w obu tych przypadkach i lewe oskrzele było zwężone a przytem, że i drobniejsze oskrzele i to w nierównym stopniu zajęte być musiały. Zwykle obok tych stanów znajduje się ropotok Störka w nosie; czasem sprawa ta występuje obok blizn po zagojonych wrzodach kiłowych, da się zatem także odnieść do ropotocznego zakażenia. Niekiedy jednak żadnej dla przerostu przyczyny wykazać nie można. Z dotychczasowego doświadczenia przypuszczać muszę, że przerost błony śluzowej może powstać na tle twardzieli i w tchawicy.

Obraz laryngoskopijny w tych stanach wtedy tylko może być wyraźny, jeżeli nie ma zwężenia głośni, co, jak wyżej podano, wydarza się rzadziej. Wtedy widzieć można wzniesienie błony śluzowej w tchawicy, najczęściej półokrężnie światło jej ścieśniające, bądź to z przedniej ściany na obie ściany boczne, bądź też z jednej ściany bocznej na ścianę przednią łukowato przechodzące. Rzadziej znajdujemy wzniesienia takie oddzielone na obu ścianach bocznych. Ściana tylna bywa zwykle ochronioną od przerostu z wyjątkiem, gdy on ścieśnia ze wszech stron a więc pierścieniowato światło tchawicy. Łuk wklęsły, jaki przerosła część błony śluzowej przedstawia ku światłu tchawicy, odróżnia już na oko te stany od wszelkich wtłoczeń ścian tchawicy od zewnątrz, które wypukłością zwracają się ku jej światłu. Nieznać także wśród przerosłej błony śluzowej pierścieni tchawicy, które, o ile nie zanikły, na wtłoczonych częściach ścian tchawicy występują wyraźnie, przynajmniej w górnej części wpuklenia. Powierzchnia wtłaczających się wałków przerostowych bywa najczęściej gładka; czasem jednak bywa nierówna, jakby lekko zrazikowata lub ziarniną pokryta. — W ogóle powiedziałbym, że w wałeczkowatej formie przerostu błony śluzowej powierzchnia bywa gładka, gdy w razie powierzchni nierównej zazwyczaj przerost znaczniej się rozszerza wzdłuż tchawicy tak, że wytwarza płazsze wzniesienia ku jej ścianie. Przypominam sobie przypadek, w którym przerost taki, występując w postaci jakby ziarniny na dość znacznej przestrzeni przedniej ściany tchawicy w jej dole, nie sprawiał nawet żadnego zwężenia.

Leczenie tych stanów polega na systematycznem rozszerzaniu zwężenia. Jeżeli obok zwężenia w głośni równocześnie występuje ono w górnej części tchawicy, to równocześnie można obydwa rozszerzać za pomocą rurek kauczukowych. Jeżeli zwężenie tchawicy jest dość nisko, to wprzód usunąć należy zwężenie głośni; wreszcie zwykle dopiero po usunięciu tego ostatniego o niem się dowiadujemy. W razie jeżeli głośnia jest wolna, należy rozszerzać zwężenie tchawicy za pomocą rurek Schröttera albo kateterów w miarę wysokości jego usadowienia. Wyższy stopień zwężenia, czy to w głośni czy w tchawicy wymaga tracheotomii, która jednak w zwężeniu tchawicy zwykle wypadnie powyżej miejsca zwężonego a tem samem sama przez się jeszcze nie wystarczy. Dopiero po wykonaniu tracheotomii należy starać się usunąć zwężenie powoli a na razie uczynić je przynajmniej dla życia nie niebezpiecznem.

4) Dalszą przyczynę zwężeń stanowić mogą owrzodzenia tchawicy, jeżeli skutkiem swej rozległości sprawiają w swem sąsiedztwie znaczne obrzmienie błony śluzowej. Coś podobnego najłatwiej zdarzyć się może we wrzodach kiłowych, także jednak i we wrzodach gruźliczych. W głębi tchawicy trudno jest widzieć całą powierzchnię wrzodu, która się oczom naszym w skróceniu przedstawia; na tylnej ścianie jest to nawet prost niemożebnem, tak że tylko górny brzeg wrzodu jest dostępnym dla wzroku. Trzeba więc umieć rozpoznać wrzód z tego brzegu, który cechuje się zygzakowatą linią na wzniesieniu odpowiadającem naciekłej podstawie wrzodu. Od wrzodu przechodzić może obrzmienie błony śluzowej na sąsiednie części rury tchawiczej, widne w obrazie jako wzniesienie zaczerwienione, które światło tchawicy półkolisto lub pierścieniowato obejmuje i zwęża. Gdy wrzód jest niewyraźny, można stan ten pomięszać z przerostem błony śluzowej. Żywe zaczerwienienie, rzadko pewna półprzejrzystość obrzęku a najbardziej zygzakowaty brzeg na najwyższem wzniesieniu uchronią zwykle od pomyłki.

Leczenie owrzodzeń przedewszystkiem opierać się powinno na uwzględnieniu przyczyny; w razie gdy zwężenie zagraża wprost życiu, konieczną być może tracheotomia w celu przeprowadzenia przez miejsce zwężone rurki, któraby uczyniła możliwem oddechanie.

5) Skutkiem wygojenia się wrzodów są blizny, które stósownie do rozległości wrzodów rozmaite mieć mogą rozmiary. Najgorzej, jeżeli wrzody zajmowały cały okrąg rury tchawiczej; wtedy bowiem i blizna wystąpi w formie okrężnej a ściągnąwszy się może doprowadzić do bardzo znacznego zwężenia. Im bardziej do okrężnej formą swą jest blizna zbliżona, tem większe sprawia zwężenie a im przytem dłuższy kawałek zajmuje tchawicy i oskrzeli tem jest niepodatniejszą, a tem samem zwężenie przez nią sprawione tem trudniejsze do usunięcia. Przypominam sobie przypadek, w którym dolną część tchawicy i oba oskrzela główne jednostajna okrężna blizna zwęziła tak, że chory umarł skutkiem zaduszenia.

Obraz laryngoskopijny przedstawi się nam w tych stanach podobnie, jak w przeroście błony śluzowej, t. j. będziemy widzieć okrężnie lub półokrężnie ścieśniającą światło tchawicy tkaninę, która przedstawia się bądź to jako poprzecznie biegnąca błona, bądź też wytwarza jednostajnie lejkowate zwężenie. Różni się ona tylko barwą od przerosłej błony śluzowej. Świeża mianowicie blizna przedstawi nam się różową, która to barwa nietyle dla odróżnienia jest cechującą; starsza jednak blizna staje się zupełnie bladą tak, że jej z przerostem błony śluzowej pomięszać nie podobna.

Czasem spotkamy wśród tkanki bliznowatej rozpięte mostki i nitki, które światło zwężone rozdzielają na kilka części. Na bliznach znajdziemy bardzo często oblepioną, zaschłą sekrecyę, która jeszcze przyczynia się do powiększenia zwężenia. Najłatwiej osiada ona i zasycha na owych mostkach bliznowych i najbardziej wtedy utrudnia oddech. Wspomnieć tu też winniśmy o bujaniu ziarniny, jakie w okolicy rany tracheotomijnej może wystąpić po dekaniulacyi; znajdziemy czasem tę ziarninę na przedniej ścianie tchawicy rozszerzoną, ztąd nieco na boczne jej ściany przechodzącą i w ten sposób światło jej ścieśniającą. Cechuje się ona zwykle nierówną powierzchnią. W innych razach znajdujemy uszypułkowane ziarniniaki (*granulomata*) z przodu lub z boku tchawicy wychodzące, które czasem mogą sprawić bardzo znaczne zwężenie.

Leczenie ma przedewszystkiem za zadanie podczas zabliźniania się wrzodów za pomocą czy to rurek kauczukowych Schröttera, czy też kateterów (w miarę głębokości sprawy chorobowej) nie dopuścić ściągnięcia się blizny a przez to powstania zwężenia. W obec wytworzonego już zwężenia pozostaje nam także tylko powyższe działanie dilatacyjne, o ile konieczność tracheotomii nie zajdzie i nowej nam dregi nie utworzy. Wszelkie nacinania blizn okrężnych lub półokrężnych, o ile dałyby się zrobić przy dość wysokiem usadowieniu blizny, chybiłyby i tak swego celu w obec tego, że blizny takie bywają zwykle bardzo grube. Cienkie blizny, występujące w postaci mostkowatych zrostów wyżej opisanych, można rozcinać z korzyścią; zwykle jednak powinny one dać się już porozrywać podczas rozszerzania. Schrötter w jednym przypadku zwężenia obu oskrzeli na tle mostkowatych zrostów wprowadzał do nich przez krtań instrument, który po wprowadzeniu dał się wydłużyć i następnie dowolnie w prawe lub lewe oskrzele wprowadzić, aby w ten sposób zrosty porozrywać. Zwężeniu przez bujanie ziarniny po wyjęciu kaniuli tracheotomijnej zapobiegać należy rurkami kauczukowemi Schröttera. Wyższy stopień takiego zwężenia wymagać może powtórzenia tracheotomii i usunięcia następnie wybujałej ziarniny. To samo tyczy się ziarniniaków, których usunięcie na drodze endolaryngealnej z przyczyny ich niskiego usadowienia zbyt wielkie przedstawia trudności.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. med. Karol Klecki,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9.)

Bonome i Vivaldi robili doświadczenia z laseczni kami nosacizny i znaleźli, że dodanie nadzwyczaj małych ilości (0.002—0.008 na 10 cm. sz. hodowli) kadaweryny (*pentametylendyaminy*) do jadowitych hodowli powstrzymywało rozwój bakteryj; jeżeli tak przygotowane hodowle wprowadzali do ustroju, działanie bakteryj było bardzo słabe, nawet otrzymywali do pewnego stopnia odporność u świnek morskich. Neuryna wpływa również szkodliwie na rozrost laseczników w hodowli. G. Klemperer, który do imunizowania świnek morskich przeciwko cholerze stósował rozliczne metody (między innemi wywoływał odporność przez kilkudniowe karmienie poprzednio przez 2 godziny ogrzanemi do 70° hodowlami) wraz z Krügerem podał metodę osłabiania jadowitości hodowli przez ich elektryzowanie; badając w tym względzie rozmaite bakterye, musieli dla każdego niemal gatunku wytworzyć właściwe warunki; laseczniki cholery azjatyckiej ginęły po 24 godzinach elektryzowania hodowli prądem stałym o natężeniu 20 MA (miliamperów); jadowitość takich hodowli była osłabioną do tego stopnia, że nadawały się one zupełnie dobrze do imunizowania zwierząt. Z produktów bakteryjnych, otrzymanych w cokolwiek czystszej formie a służących do imunizowania, w danym razie leczenia, na pierwszem miejscu wymienić należy tuberkulinę Kocha; nie jest ona, jak wiadomo, ciałem chemicznie czystem, lecz wyciągiem glicerynowym z hodowli, zawierającym przeważnie toksalbuminy obok proteinów, t. j. ciał białkowych, powstałych z rozpadu samych ciał bakteryj. Już czystszem ciałem pod względem chemicznem jest tuberkulocydyna Klebsa. G. i F. Klempererzy otrzymali z hodowli pneumokoków (metodą Briegera i Frenkla, polegającą na kilkakrotnem strącaniu wyskokiem i rozpuszczaniu strątu w wodzie) ciało białkowe, nader trujące (zwłaszcza dla królików), które nazwali pneumotoksyną; ciałem tem imunizowali z dobrym skutkiem króliki przeciwko zapaleniu płuc. Schweinitz wydzielił z hodowli lasecznika cholery świń kilka ptomainów oraz jedno ciało białkowe, które nazwał sucholotoksynami i sucholoalbuminą. Mięszaniną ciał tych a także niektóremi z nich osobno wziętemi imunizował świnki morskie.

Wreszcie imunizowano zwierzęta substancyami otrzymanemi z zakażonego lub też już odpornego ustroju. Wspomnę na tem miejscu tylko mimochodem o imunizowaniu krwią lub surowicą krwi zwierząt odpornych (Brieger i Kitazato), gdyż kwestyą tę poniżej omówimy szczegółowo. Behring imunizował świnki morskie przeciwko błonicy wstrzyknięciem do jamy brzusznej 10—15 cm. sz. krwistosurowiczego przesięku opłucnowego, jaki często występuje u świnek zakażonych błonicą; przesięk ten specyficznych bakteryj nigdy nie zawierał. Po wstrzyknięciu płynu tego do jamy brzusznej, świnki morskie chorowały ciężko przez pewien czas; jeżeli do zdrowia powróciły, znosiły zupełnie dobrze śmiertelne dawki jadowitych hodowli błoniczych.

Odporność nabyta przeciwko tężcowi przechodzi dziedzicznie na potomstwo; o fakcie tym przekonali się Tizzoni i Cattani u królików i szczurów. Ehrlich znalazł, że imunizacya przeciwko jadowi rycyny i abryny występuje u małych przez ssanie piersi odpornej matki; substancye imunizujące przechodzą do mleka i w razie znacznej odporności karmiącej samiczki wystarcza do zupełnej imunizacyi oseska karmienie piersią przez 24 godziny. Wraz z Briegerem stwierdził Ehrlich własności imunizujące mleka zwierząt odpornych i dla tężca; zaimunizowali oni ciężarną kozę i już po 5 tygodniach miało mleko tego zwierzęcia własności imunizujące: 0·1 cm. sz. tego mleka, wstrzykniętego do jamy brzusznej, wywoływało u myszy odporność na tężec. Karmienie starszych myszy tem mlekiem nie dało dobrych wyników, być może dlatego, że myszy wogóle źle znoszą kozie mleko.

Ażeby przyspieszyć imunizacyę zwierzęcia, posługiwał się F. Klemperer hodowlami buljonowemi pneumokoków, stężonemi za pomocą pompy powietrznej w 60° do $1/_{10}$ pierwotnej objętości; hodowle takie traciły własności jadowite, ich własności zaś imunizujące podnosiły się. Wprowadził on także t. z. skombinowaną imunizacyę, t. j. imunizował zwierzę przeciwko dwom gatunkom bakteryj i wykazał, że surowica krwi takich zwierząt, wprowadzona do ustroju innych zwierząt, wywołuje u nich odporność na obiedwie dane choroby.

Zapoznawszy się z metodami imunizacyi, przejdźmy do poszczególnych chorób zakaźnych, przeciwko którym ostatnimi czasy metod tych używano z dobrym skutkiem w doświadczeniach laboratoryjnych. Większą część chorób tych już wymieniono w opisie metod imunizowania; pozostaje więc tylko uzupełnienie tego, cośmy przytoczyli wyżej. Najwięcej robiono doświadczeń z lasecznikami błonicy i tężca. W błonicy stósowano rozliczne metody (Behring, Kitasato, Wassermann, Proskauer, Wernicke i inni); używano hodowli osłabionych wyciągiem grasicy, wyjalowionych hodowli z dodatkiem trójchlorku jodu, przesięku opłucnowego zakażonych zwierząt, dwutlenku wodu; imunizowano zwierzęta przez zakażenie ich jadowitemi hodowlami i następowe leczenie miejscowe. Fraenkel próbował imunizować świnki czystą toksalbuminą, wydzieloną z hodowli lasecznika Loefflera; próba ta jednak nie dała pomyślnego rezultatu; wraz z Briegerem miał dobre skutki z imunizowania hodowlami buljonowemi, ogrzewanemi przez godzinę do 65—70%. Roux i Yersin używali do imunizacyi osadu, otrzymanego z hodowli przez dodanie chlorku wapniowego. Wreszcie wywoływano odporność zwierząt przez wprowadzanie do ich ustroju krwi lub też surowicy krwi zwierząt imunizowanych. Zimmer, który w laboratoryum K. Fraenkla kontrolował kilka metod przeważnie przez Behringa używanych, stwierdził wy

niki tego badacza co do metody z trójchlorkiem jodu i dwutlenkiem wodu; próby imunizowania przesiękiem opłucnowym świnek błoniczych wypadły niepomyślnie. Do imunizowania przeciwko tężcowi posługiwano się nieosłabionym jadem tężcowym, który wprowadzano do ustroju w coraz to większych ilościach (Tizzoni i Cattani), hodowlami poprzednio ogrzewanemi do 60°, 55° i 50° (Vaillard), hodowlami, do których dodano jodu (Roux), trójchlorku jodu (Behring), wyciągu wodnego z grasicy cielęcej (Brieger, Kitasato, Wassermann), strychniną (Peyraud). Używano tu także z dobrym skutkiem krwi lub surowicy krwi zwierząt imunizowanych (odkrycie Kitasaty); wreszcie przekonano się o dziedzicznem przechodzeniu odporności nabytej na potomstwo (Tizzoni i Cattani) oraz przenoszenie się tej własności z matki na dziecko lub też z karmiącej samiczki na karmione małe przez mleko. Ostatnia epidemia cholery dostarczyła badaczom obfitego materyału do doświadczeń imunizacyjnych na zwierzętach; używano przeważnie świnek morskich, które dość charakterystycznie oddziaływały na jad wytworzony przez przecinkowce Kocha. — Zakażano zazwyczaj świnki przez wstrzyknięcie żyjących przecinkowców do jamy brzusznej (ażeby uniknąć zastrzyknięcia hodowli do przewodu pokarmowego, radzi Klebs wkłóć najpierw samą igłę strzykawki i wypróżnić przez nią strzykawkę dopiero wówczas, gdy się przekonamy, że przez igłę nie wydobywają się masy kałowe na zewnątrz). Pfeiffer opisał dokładnie przebieg choroby, występującej u świnek po takiem śródotrzewnowem zakażeniu, oraz zmiany anatomiczne, znalezione podczas sekcyi padłych zwierząt. Zarówno objawy choroby, jako też zmiany anatomiczne są w tym przypadku stałe; potwierdzili je wszyscy badacze, robiący doświadczenia z cholerą. — Pierwsze objawy występują w 1—2 godziny po zakażeniu: apatya, niedowład kończyn, obniżenie ciepłoty ciała, która w przeciągu 2—3 godzin czasami opada na 6—8°, częstokroć występują włókienkowe drgania mięśniowe (fibrilläre Muskelzuckungen); właściwe drgawki występują nie zawsze. Przytem zwierzęta mają pewne charakterystyczne wejrzenie. Gruber i Wiener dopatrują się nawet u świnek morskich pewnego rodzaju *facies cholerica*. Śmierć następuje po zakażeniu bardzo jadowitemi hodowlami już w $4^3/_4$—8 godzin, zazwyczaj zaś po upływie 8—23 godzin od chwili zakażenia. Najwybitniejszą zmianą anatomo-patologiczną są wysięki w jamie brzusznej (12—15 cm. sz.) oraz wybroczyny krwawe najczęściej w przeponie; śledziona mała, naczynia rozszerzone, serce w rozkurczu, krew płynna. Hueppe znajdywał takoż nieżyt przewodu pokarmowego; inni badacze zmiany tej stwierdzić nie mogli. Większość robiących doświadczenia nie mogła wykazać w wysiękach zakażonych zwierząt żyjących przecinkowców; jeden Gruber stale je tam znajdywał i stąd pochodzi różnica zdań między nim a resztą badaczy: Gruber uważa cholerę za chorobę o charakterze przeważnie zakaźnym, inni zaś za chorobę o charakterze przeważnie toksycznym. Uzyskanie pewnego stopnia odporności u świnek morskich przeciwko cholerze jest bardzo łatwem zadaniem; można je imunizować szczepieniem bardzo małych ilości hodowli jadowitych, szczepieniem świeżych hodowli, otrzymanych ze starych, które jadowitość już zupełnie utraciły, szczepieniem hodowli wyjałowionych (Gruber i Wiener); odporność występuje tu nadzwyczaj rychło, bo już po kilku dniach; w niewielu przypadkach występowała ona nawet już po 24 godzinach. Brieger i Wassermann imunizowali świnki 24 godzinnemi hodowlami z dodatkiem wyciągu grasicy, ogrzewanemi przez kwadrans do 65° lub też przez 10 minut do 80°; cztery injekcye śródotrzewnowe po 4 cm. sz. tak przygotowanej hodowli wystarczały do wywołania znacznej odporności; tak imunizowane świnki znosiły zupełnie dobrze już na 5ty dzień potrójną dawkę śmiertelną jadowitych przecinkowców; 80% świnek imunizowanych tą metodą, znosiło już po 24 godzinach podwójną śmiertelną dawkę cholery. Vincenzi imunizował świnki filtratem, otrzymanym z bulionowych hodowli. G. Klemperer wywoływał odporność świnek przeciwko cholerze szczepieniem hodowli, wyrosłych przez 3 dni w temperaturze 40·5°, hodowlami ogrzewanemi przez 2 godziny do 70°, surowicą krwi imunizowanych królików oraz mlekiem imunizowanych kóz (wystarczało 0·05 cm. sz). Świnki, imunizowane temi metodami, były odporne nie tylko na zakażenie śródotrzewnowe, lecz także na zakażenie przez przewód pokarmowy. (Jak wiadomo, można u świnek morskich wywołać przez wprowadzenie do żołądka zarodków cholerycznych objawy zbliżone do objawów cholery ludzkiej; należy tylko przedtem znieść działanie kwasu żołądkowego przez przepłukanie żołądka rozczynem sody oraz znieść ruch robaczkowy kiszek przez podanie opium; wynalazcą tej metody jest R. Koch). Klemperer imunizował świnki także przez wlewanie do żołądka hodowli cholery azyatyckiej, wreszcie hodowlami elektryzowanemi. Klebs imunizował wynalezioną przez siebie antycholeryną; ciało to otrzymywał w sposób następujący: hodowle bulionowe, zebrane w większej ilości, wyjaławiał, przesączał i stężał na kąpieli wodnej; alkoholem absolutnym wydzielał ciała toksyczne (toksalbuminy); reszty używał do szczepień ochronnych; doświadczenia wykazały, że antycholeryna trujących własności nie miała, natomiast nadawała się bardzo do imunizowania zwierząt oraz do leczenia zwierząt już zakażonych; Klebs zakażał świnki morskie cholerą azyatycką, wprowadzając jadowite hodowle wprost do jelita przez wstrzyknięcie ich strzykawką Pravaza po otworzeniu jamy brzusznej; po zakażeniu zwierzęcia śmiertelną dawką i następowem leczeniu antycholeryną, objawy chorobowe powoli ustępowały i świnki powracały do zdrowia.

Z pneumokokami robiono dotychczas stosunkowo nie wiele doświadczeń; wyniki jednak doświadczeń imunizacyjnych, dokonanych przeważnie przez G. i F. Klempererów są zupełnie zadawalniające; do doświadczeń używali autorzy ci królików, gdyż zwierzęta te bardzo łatwo podlegają zakażeniu pneumokokami, znacznie łatwiej, aniżeli człowiek. Do imunizowania używali hodowli ogrzewanych poprzednio przez 1—2 godziny do 60—65° (metoda Fraenkla); w razie szczepienia podskórnego występowała odporność po 2 tygodniach; po wprowadzeniu tak osłabionego jadu do żyły już po 3 dniach. Nabyta odporność trwała najmniej przez 20 dni; zazwyczaj dłużej, niż pół roku. Ponieważ stopień odporności a także czas, w którym występują, zależy od ilości wprowadzonej do ustroju hodowli, stężali Klempererzy hodowle bulionowe przez odparowanie ich w 60° do $^1/_{10}$ pierwotnej objętości. Próbowali także własności leczniczych tak przygotowanych hodowli; próby te nie wypadły jednak pomyślnie, jak przypuszczali dlatego, ponieważ jad pneumokoków działa na króliki wyjątkowo mocno; osłabili więc jadowite hodowle przez pozostawienie ich przez 2 dni zamiast w 37° w 40·5°; króliki zakażone temi hodowlami również padały, lecz po dłuższym czasie i objawy chorobowe nie występowały tu z taką gwałtownością, jak po zakażeniu hodowlami nie osłabionemi. Oznaczano więc dawkę śmiertelną tych hodowli i po zakażeniu nią królików rozpoczęto leczenie, czyli imunizacyę następową; w tej ostatniej formie zakażenia pneumokokami doświadczenia lecznicze dały dobre wyniki. Postępując metodą Fraenkla i Briegera (wydzielanie alkoholem i rozpuszczanie w wodzie) otrzymali G. i F. Klempererzy z wyjałowionych hodowli pneumokoków ciało białkowe, bardzo jadowite, które nazwali pneumotoksyną; ciałem tem imunizowali również z dobrym skutkiem króliki, także surowicą krwi lub krwią królików z nabytą odpornością w znacznym stopniu i surowicą krwi ludzkiej, otrzymaną z chorych na zapalenie płuc bezpośrednio po przesileniu się. Emmerich i Fowitzky imunizowali roztworzonemi hodowlami pneumokoków; dobre skutki lecznicze („idealne“ zdaniem autorów) otrzymali przez następowe wprowadzanie do zakażonego ustroju soku, wyciśnionego z mięśniów i narządów wewnętrznych zwierząt padłych wskutek tego samego zakażenia.

Gamaleïa imunizował świnki morskie przeciwko mętwikowi. (*vibrio*) Miecznikowa.

Reichel imunizował psy przeciwko drobnoustrojom ropnym; wstrzykiwał on do jamy brzusznej coraz to większe ilości czystej hodowli gronowca złocistego w odstępach 2—5 dniowych i doszedł tą drogą do wstrzykiwania zwierzętom olbrzymich ilości jadowitych hodowli; wszystkie psy do kontroli służące ginęły na gnilne zapalenie otrzewnej. Podobne rezultaty otrzymał wprowadzając do jamy brzusznej hodowle przesączone; i tu zwierzęta do kontroli służące ciężko chorowały lub też ginęły. O nabytej odporności człowieka przeciwko drobnoustrojom ropnym mówi doświadczenie starych chirurgów; na XX. zjeździe chirurgów niemieckich wspominał prof. Bardeleben o obserwacyi, jaką Paget na sobie samym zrobił: po okresie, w którym przechodził stosunkowo dużo drobnych zakażeń, jako to czyraków, zastrzałów itp., następował okres pewnej odporności, w czasie którego pomimo skaleczeń zakażenia miejscowe nie występowały; prof. Thiersch przytoczył podobną obserwacyę, jaką na własnej osobie zrobił Lindwurm.

Schweinitz wywoływał odporność świnek morskich na zakażenie lasecznikiem cholery świń (hog-cholera) przez podskórne wstrzykiwanie wydzielonych z hodowli sucholotoksynów i sucholoalbuminy.

Brieger, Kitasato i Wassermann imunizowali myszy i świnki morskie przeciwko laseczników tyfusu; do szczepień używali hodowli ogrzanej metodą Fraenkla z dodatkiem wyciągu grasicznego. Odporność występowała na 10. dzień. W kilku przypadkach udało im się postępując tą samą metodą wywołać odporność przeciwko streptokokom róży.

Podane powyżej wyniki doświadczeń imunizacyjnych dotyczą chorób zakaźnych o charakterze przeważnie toksycznym. Wymienieni właśnie badacze rozszerzyli swoje badania także i na niektóre choroby zakaźne we właściwem znaczeniu: imunizowali oni myszy przeciwko bakteryom posocznicy świń; ażeby otrzymać zupełną odporność, musieli szczepić zwierzęta skombinowaną metodą, mianowicie hodowlami z wyciągiem grasicy oraz osłabionemi przez dłuższe, kilkomiesięczne stanie. Stósując tę metodę, otrzymali nawet dobre wyniki lecznicze: zakazili 2 myszy starą hodowlą posocznicy świń, zabijającą myszy po 8—10 dniach; w 24 godziny po zakażeniu rozpoczęli następową imunizacyę wyż przytoczoną metodą; obiedwie myszy wyzdrowiały, zginęły zaś cztery myszy zakażone równocześnie i nieleczone.

Tą samą metodą postępując wywoływali Brieger, Kitasato i Wassermann u myszy pewien stopień odporności przeciwko laseczników wąglika: zupełnej odporności nie udało im się jednak otrzymać. Behring, Ogata Jasuhara i Hankin imunizowali zwierzęta, podpadające zakażeniu wąglikiem, surowicą krwi zwierząt odpornych. Rezultat nie był jednakowoż stały we wszystkich doświadczeniach.

Wreszcie Tizzoni i Centanni imunizowali psy na jad wścieklizny substancyą otrzymaną z surowicy krwi zwierząt, imunizowanych na wściekliznę, przez wydzielenie wyskokiem i rozpuszczenie w wodzie: substancya ta nie jest ciałem chemicznie czystem, lecz mieszaniną kilku ciał białkowych; nadawała się ona nietylko do imunizowania, lecz także i do leczenia zwierząt zakażonych. Doświadczenie lecznicze dawały dobre wyniki nawet w tych przypadkach, w których leczenie rozpoczęto bardzo późno, t. j. już po wystąpieniu pierwszych objawów choroby.

Od czasu wielkiego odkrycia Schleidena i Schwanna, zwłaszcza zaś po ugruntowaniu zasad patologii komórkowej przez Virchowa, wszystkie prace biologiczne przemawiały za tem, że sprawy życiowe rozgrywają się jedynie w komórkach, istotom zaś międzykomórkowym przypisywano tylko bierną rolę; tymczasem w ciągu ostatnich lat wykryto rozmaite własności składników niekomórkowych ustroju, dowodzące, że istoty te nie są tak obojętne, jak do niedawna sądzono, a że mają one poważne fizyologiczne znaczenie. Przed kilku laty wykazał Landois, że surowica krwi zwierząt jednego gatunku zabija czerwone i białe ciałka krwi zwierząt innego gatunku; surowica traci tę własność, jeżeli ogrzeje się ją przez pół godziny do 55°. Osocze krwi posiada również bakteryobójcze własności: pierwszy Grohmann w r. 1884 wykrył zabójcze działanie płynu tego na niektóre roślinne drobnoustroje. Fodor wykazał, że laseczniki wąglika, wprowadzone do krwi, świeżo z ustroju wypuszczonej, wkrótce marnieją i giną. Nuttal znalazł to samo, badając własności bakteryobójcze cieczy wodnej i płynu osierdziowego, które, jak wiadomo, zawierają bardzo niewiele komórek. Behring przekonał się, że krew białych szczurów działa zabójczo na laseczniki wąglika; badacz ten przypuszcza, że bardzo znaczna alkaliczność krwi zwierząt tych ma tu doniosłe znaczenie. Lubarsch i Prudden wykazali także własności bakteryobójcze surowicy krwi. Ciekawym bardzo faktem jest to, że nawet surowica krwi zwierząt podlegających pewnej chorobie zakaźnej może mieć własności bakteryobójcze względem jej drobnoustrojów.

Buchner wykazał przez cały szereg doświadczeń, wykonanych po części z Orthenbergerem, że surowica krwi, która wskutek ogrzania utraciła własność niszczenia ciałek krwi, jest równocześnie pozbawioną własności bakteryobójczych; za pomocą dializy przekonał się, że działają tu jedynie ciała białkowe, zarówno globuliny jakoteż albuminy; przekonał się również, że ciała te wywierają bardzo szkodliwy wpływ na lasecznik tyfusu. Dodanie przekroplonej wody do surowicy posiadającej własności bakteryobójcze, pozbawia ją tych własności; woda przekroplona jest więc środkiem działającym zabójczo nietylko na komórki ustroju, lecz także i na niekomórkowe składniki ustroju. Jeżeli dodać do takiej surowicy tyle soli kuchennej, by stosunek do poprzednio dodanej wody wynosił 0·7%, własności bakteryobójcze występują na nowo. Po dłuższem staniu traci surowica te własności; zamrożenie, zobojętnienie, dodanie pepsyny, usunięcie bezwodnika kwasu węglowego i wprowadzenie tlenu nie wywiera żadnego wpływu na zachowanie się surowicy pod względem bakteryobójczym. Po dializie z wodą przekroplona własność ta znika; utrzymuje się zaś po dializie z fizyologicznym roztworem soli.

Nissen wykrył, że odwłókniona krew psa lub królika, zabijająca bardzo szybko *coccus aquatilis*, nie traciła własności tej po zmięszaniu z bulionem lub inną pożywką, na której dany mikroorganizm dobrze się rozrastał. Krew ogrzana przez 20—30 minut do 54—58° traciła własności bakteryobójcze a stawała się natomiast bardzo dobrą pożywką dla *coccus aquatilis*, laseczników tyfusu, cholery, wąglika. Jedne mikroorganizmy podlegają bardzo łatwo zabójczemu działaniu krwi, inne trudno lub też zupełnie nie podlegają temu działaniu. Do pierwszych należą: laseczniki cholery, wąglika, tyfusu, lasecznik Friedlaendera, *coccus aquatilis*, lasecznik kwasu mlekowego Hueppego, *bacillus subtilis*, *bacillus megaterium*; do drugiej: *staphylococcus aureus* i *albus*, *streptococcus erysipelatis*, lasecznik cholery kurzej, posocznicy świń, *proteus hominis*, *proteus vulgaris*, *bacillus fluorescens liquefaciens*, *bacillus prodigiosus*. Nissen badał także własności bakteryobójcze krwi nieodwłóknionej, której krzepnięcie sztucznie powstrzymywał przez wstrzyknięcie do żyły peptonu oraz przez dodanie do krwi $^1/_3$ objętości 25% roztworu siarkanu magnowego; pierwsza zachowała własności bakteryobójcze, druga je utraciła.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Terapia.

O działaniu leczniczem elektryczności w chorobach nerwów i mięśniów.

Podług pracy profesora Fryder. Schultzego, streścił Dr. Wacław Sobierański.

W ostatnich czasach elektryczność, szczególniej przez prace Erba i Ziemssena, zyskała sobie bardzo obszerne zastósowanie w chorobach układu nerwowego, w celach diagnostycznych i terapeutycznych. Wielu jednak entuzyastów, a w części dwaj, co właśnie wymienieni badacze, przekro-

czyli właściwą granicę elektryczności w lecznictwie. To też w ostatnim dziesięcioleciu jedni, krytyczniej sądzący o rzeczy, z niemałym pesymizmem przyglądali się temu uniwersalnemu środkowi, polecanemu nieomal wyłącznie przeciwko wszelkim cierpieniom nerwowym; drudzy zaś ze zachwytem ogłaszali swoje znakomite rezultaty, oparte albo na braku krytyki albo na nieznajomości badania. Niemałą więc zasługą prof. F. Schultzego, znanego newrologa, że w kwestyi tej ogłosił spostrzeżenia, oparte na własnem bogatem doświadczeniu, w broszurze *Über die Heilwirkung der Elektricität bei Nerven und Muskelleiden* (Wiesbaden 1892). Pracę tę zamierzam tutaj obszernie omówić ze względu na ważność samego przedmiotu.

F. Schultze przedewszystkiem nadmienia, że używał głównie metody podanej przez Erba, gdyż nowa metoda, polecana przez C. W. Müllera (*Zur Einleitung in die Elektrotherapie*), podług niego nie ma żadnej wyższości nad dawną. C. W. Müller, zachwalając prądy słabe i krótkotrwające, bynajmniej nie dowiódł, że tą drogą otrzymuje się lepsze rezultaty. Zwyrodnienia nerwów obwodowych należą do najlepiej wystudyowanych anatomicznie; od nich to więc zaczyna Schultze swoją krytykę ze względu najłatwiejszej kontroli przebiegu leczenia. Autor opierając się na własnem doświadczeniu twierdzi, że stosując nawet wcześnie prąd elektryczny, nie mógł spostrzedz żadnej poprawy; małe zaś zmiany bezpośrednio po posiedzeniu widział czasami, lecz te znikając prędko nie mają żadnego wpływu na przebieg choroby. Z tym poglądem zgadzają się niektórzy; n. p. Erb, w drugiem wydaniu swojej elektroterapii (S. 426), mówi: „Es gelingt nicht, durch noch so frühes und regelmässiges Galvanisiren oder Faradisiren degeneratine Atrophie in ihrer Entwickelung zu erleichtern und zu beschleunigen.“ Gowers[1]) i Lewandowski[2]) są tegoż samego zdania, tymczasem C. W. Müller[3]) w swéj „elektrotherapeutische Casuistik“ podaje przypadek porażenia nerwu sprychowego, który wyleczono po czterech posiedzeniach. Lecz przypadek ten, jak i podobny porażenia nerwu twarzowego, nie mają żadnego znaczenia, gdyż Müller nie przytacza rezultatów poprzednio zrobionego badania elektrycznego. Najnowsi autorowie, jak n. p. Gessler[4]), nie tak wyraźnie wypowiadają swoje przekonanie, Moebius zato w swoim referacie „über neuere electrotherapeutische Arbeiten aus dem Jahre 1887“ [5]), powiada: Keine Thatsache spricht bis jetzt dafür, dass der Ablauf dieser Vorgänge d. h. der Degeneration und Regeneration der Nerven-und Muskelfasern, durch elektrische Einwirkung verandert werden könnte. Dalej zaś „leichte, peripherische Lähmungen gleichen sich auch ohne Eingriff von aussen aus“.

Schultze nie przeczy, że można w tych przypadkach przyspieszyć wyleczenie; dotychczas jednak nikt nie dowiódł wpływu dodatniego w odradzaniu się nawet przyskórka, a co się tyczy powstawania kostniny (*callus*), to wiadomo, że zanika pod wpływem elektryczności.

Pośredni wpływ może mieć przekrwienie lub nawet zapalenie wywołane mocnemi prądami elektrycznemi, gdyż ciepło wtenczas wywiązane dodatnio może działać na odrodzenie się nerwu. Do tychże dodatnich czynników możnaby również zaliczyć sztuczny skurcz wywołany w pozostałych, zmienionych mięśniach.

Brak jednak w tym kierunku dokładniejszych wiadomości nie dozwala nam powiedzieć, w jakim stopniu te czynniki dodatnio działają na sprawy odradzania się. W piśmiennictwie znalazł Schultze odnoszące się do tego doświadczenia Reida z r. 1848, który po przecięciu obydwóch nerwów kulszowych u 4 żab, drażnił codziennie słabym prądem galwanicznym porażone mięśnie jednej kończyny; po dwóch miesiącach okazało się, iż mięśnie po stronie elektryzowanej zachowały poprzednią wielkość i tęgość, tymczasem mięśnie po przeciwnej stronie zanikły, pomimo że były prawidłowo pobudliwe. Należałoby jednak doświadczenia te powtórzyć na zwierzętach ciepłokrwistych, u których zwyrodnienie i odrodzenie się mięśniów nie przebiegają tak, jak u zimnokrwistych; również wypadałoby obserwować, o ile ten stan dobrego odżywiania mięśniów, podczas niezrośnięcia się nerwów, okazałby się trwałym; to wszystko trzebaby zbadać mikroskopowo, czego Reid nie uczynił.

Później w r. 1875 Déjérine zrobił podobne doświadczenia na dwóch morskich świnkach; po przecięciu obydwóch nerwów kulszowych, faradyzował przez miesiąc jednę kończynę i spostrzegł, że na tej elektryzowanej nodze miejsca zgangrenowane były nieznaczne (a nawet nie było ich), zanik nie tak wyraźny i osłabienie pobudliwości nie tak widoczne, jak w kończynie nieelektryzowanej. Doświadczeń tych jednak jest za mało i czas za krótki, aby wywieść z nich wnioski należyte. Pomimo to Schultze poleca użycie elektryczności w tych szczególnych razach, w których może się nerw odrodzić. Lecz czy w podobnych przypadkach działanie prądu powinno być krótkie, jak to C. W. Müller zaleca, zdaje się być co najmniej wątpliwem. Schultze, twierdząc wręcz przeciwnie, zaleca aplikować dłużej i częściej prąd elektryczny; dlatego też radzi nawet dać do dyspozycyi chorego bateryje; za najpraktyczniejszą do tego celu uważa bateryją Steina. Nie należy więc ignorować innych czynników ciepła, gimnastyki, szczególniej biernych ruchów kończyn, które w niektórych razach więcei mogą przyspieszyć wyzdrowienie, aniżeli elektryzacyja. Lżejsze zaś przypadki porażeń przechodzą zwykle same bez wdania się pomocy lekarskiej.

Co się zaś tyczy właściwego zapalenia nerwu, to dawniej przypuszczano, więcej niż to odpowiada rzeczywistości, że przyczyną jej jest wysięk (*Exsudat*), który pod wpływem „katalitycznym“ prądu może się rozejść. Mniemanie to może się stósuje do ostrych i przewlekłych zapaleń nerwu n. p. gośćcowego porażenia nerwu twarzowego, ale w innych postaciach zapalenia nerwu, jak n. p. kiłowej lub alkoholicznej, pierwotna degeneracyja gra główną rolę a do niej stósują się te same prawa, co do ucisku lub przecięcia. W zapaleniach nerwu wysiękowych z uciśnienia, gdzie zgrubienie można wymacać, polepszenie tylko wtedy może nastąpić, jeśli włókno osiowe nie jest zniszczone Co się zaś tyczy zapaleń samych narządów, to pożądane by były dalsze badania; gdyż dotychczas o wpływie elektryczności na rozmaite zapalenia n. p. skóry, opłucnej, nerek, otrzewny i t. d. nie wiemy nic prawie. Opisywano wprawdzie pomyślne skutki w zapaleniach stawów i gruczołów limfatycznych, ale w tych razach stosowano równocześnie inną terapią lub aplikowano prąd elektryczny już w późniejszych okresach, kiedy wyzdrowienie przychodziło samo; w świeżych zaś przypadkach elektryczność nie przynosi żadnego pożytku.

Następnie omawia Schultze choroby rdzenia kręgowego, którym towarzyszą widoczne zmiany anatomiczne. Wiadomo, jak małą zdolność regeneracyjną posiadają części tegoż organu, w porównaniu z nerwami obwodowemi. Przedewszystkiem komórka zwojowa, raz zniszczona u dorosłego człowieka, nie może się odrodzić; — o ile zaś częściowo zwyrodniała jest zdolną do odżycia, trudno sądzić, a jeszcze trudniej ocenić, jaki wpływ na tę sprawę ożywczą może i o ile mieć elektryczność. Istota zaś biała rdzenia nie odradza się wcale, albo tylko bardzo nieznacznie, co popiera nietylko doświadczenie, ale i kliniczne spostrzeżenie; dlatego też *a priori* od elektryczności nie można się wiele spodziewać. Pomimo to elektryczność polecają w ostrem zapaleniu substancyi szarej rdzenia pacierzowego (*poliomyelitis*) i w wiądzie (*tabes*). Lecz niestety i w tym razie nie można przekonać się o polepszeniu, nawet stosując w miejscu zmiany chorobowej prądy dosyć mocne, lecz znośne. Schultze tymczasem spostrzegał czasami obok

[1]) Gowers. Handbuch der Nervenkrankheiten T. II, S. 241.

[2]) Lewandowski. Lehrbuch der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie 1887 S. 366.

[3]) C. W. Müller. Beitraege zur praktischen Elektrotherapie in Form einer Casuistik S. 38.

[4]) Münch. med. Wochenschrift 1891. Nr. 33.

[5]) Schmidts Jahrbücher 1887 S. 87.

odpowiedniego zachowania się po kąpielach słonych, połączonych z biernemi ruchami, po kilku miesiącach widoczne polepszenie. W zapaleniu substancyi szaréj rdzenia pacierzowego potrzeba głównie kłaść nacisk na bierną, w danym razie czynną gimnastykę porażonych członków; może być nawet, że i elektryczność w ten sposób sprawia polepszenie, wywołując skurcz mięśniów u małych pacyentów, którzy nie mogą lub nie chcą z obawy bólu wykonywać ruchów. Jeśli zaś w zapaleniu substancyi szarej rdzenia pacierzowego przewlekłem opisują lepsze rezultaty lecznicze, to je można przypisać tylko temu, że wiele przypadków, zaliczanych tutaj, polega na zapaleniu wielu nerwów obwodowych (*neuritis multiplex*), a wtenczas rokowanie jest lepsze bez względu na użycie elektryczności. Co się zaś tyczy wiądu pacierzowego, to już prawie uznano, że elektryczności nie można przypisywać własności leczniczych, gdyż tylne sznury i rogi rdzenia pacierzowego nie są prawie zdolne do odrodzenia się. To też Schultze tylko w jednym przypadku początkowego wiądu, w którym po parowych kąpielach szybko nastąpił bezwład, widział, jak ten objaw ustąpił, bez powrotu nawet po 8 latach, podczas leczenia spokojem, zimnemi nacieraniami, jodkiem potasu i galwanizacyją rdzenia. Lecz tego rodzaju spostrzeżenie niczego nie dowodzi, gdyż leczenie było skombinowane. Autor pomimo to nie zaprzecza, że w niektórych przypadach wiądu elektryczność może przynieść pożytek, szczególniej w rozpoczynającym się bezładzie ruchów, chociaż i tutaj o stałem polepszeniu trudno się przekonać a początkowe pomyślne objawy można tłomaczyć rodzajem kompensacyi i korekcyi, których nauczył się sam chory. W zaburzeniach zaś czuciowych i pęcherza moczowego można często wywrzeć wpływ dodatni, ale i ten niestety również nie jest trwały.

Co się tyczy innych ostrych lub przewlekłych chorób rdzenia, to w tych na korzyść elektryczności nic nie da się powiedzieć. Choroby takie, jak *sclerosis lateralis amyotrophica*, ze swemi przypadami opuszkowemi, postępują zwykle dalej bez względu na leczenie. Stwardnienie rozsiane zaś nawet pod wpływem elektryczności często pogarsza się, czasami polepsza, jak to bywa i bez stósowania prądu elektr.; to samo da się powiedzieć o spastycznych porażeniach, o przewlekłem zapaleniu i ucisku rdzenia. W nich można wtedy stwierdzić polepszenie a nawet wyzdrowienie, jeżeli usunie się przyczyny ucisku lub kiłę.

To samo, co wyżej powiedziano o rdzeniu, da się zastósować do chorób mózgu, gdyż odrodzenie się części tego organu jest również nieznaczne i mało znane. W innych chorobach mózgu, których przyczyna tkwi w naczyniach krwionośnych, elektryczność nie może działać korzystnie. Twierdzenia zaś C. W. Müllera, że galwanizacyą skórną w tętniaku łuku tętnicy głównéj, wywołał przez *„die katalytische Wirkung und Schrumpfung“* znaczne polepszenie, nie można brać w rachubę, gdyż w takim razie w zdrowych naczyniach o kurczliwszych mięśniach, możnaby było otrzymać podobny objaw, czego na szczęście praktyka nie potwierdza. Wspominając o rozmaitych teoryjach leczniczych elektryczności, Schultze powiada: „je weniger häufig aber die Erfolge, desto grösser ist die Zahl von Hypothesen, welche das Zustandekommen derselben erklären sollen.“ Wogóle sądzi, że wszystkie dzisiejsze teorye mało mają racyi bytu, gdyż prawidłowy przebieg choroby na podstawie organicznej bardzo rzadko zdaje się zmieniać pod wpływem naszych procedur elektroleczniczych.

Załatwiwszy się z chorobami organicznemi nerwów, przystępuje autor do tak zwanych zaburzeń czynnościowych układu nerwowego, opisywanych jako miejscowe i ogólne nerwice albo jako choroby umysłowe. W tych chorobach bez wątpienia muszą się znajdować zmiany, których jednak nie możemy wybadać przy pomocy teraźniejszych środków (mikroskopu, chemii).

Zacząwszy od bólu nerwowego powiada Schultze, że nie udawało mu się wywołać polepszenia, kiedy chodziło o poważniejsze cierpienie, jak n. p. w rzeczywistym *„Tic douloureux“* i mniema, że chirurgiczne leczenie więcej ulgi przynieść zdoła. W połowiczym bólu głowy nie śmie więcej polecać prądu elektrycznego, bojąc się pogorszenia mroczków (*scotoma*) migających i mdłości, a natomiast poleca środki wewnętrzne. W lżejszych zaś newralgiach, szczególniej nerwu nadoczodołowego, nie zaprzecza dodatniego wpływu elektryczności, lecz to samo daje się osiągnąć pewniéj i szybciej z pomocą chininy i nowych środków przeciwnewralgicznych. Jeżeli zaś weźmiemy pod uwagę niezbyt ciężkie newralgie, które przez kilka miesięcy nie pozwalają się usunąć zwyczajnym wewnętrznym i zewnętrznym środkom a po zastosowaniu elektryczności powoli znikają, to i wtedy nie można stanowczo powiedzieć, że uwolnienie od bólu zawdzięczać należy prądowi elektrycznemu, gdyż przyczyny wielu newralgii, jak i czasu ich trwania nie znamy w wielu razach. W nerwobólu kulszowym poleca Schultze położenie się do łóżka, dowodząc, że to już działa korzystnie; we wielu cięższych przypadkach autor pomagał sobie systematycznem podawaniem morfiny, która pewniej skutkowała, aniżeli same prądy elektryczne. Pomimo to jednak Schultze przyznaje, że czasami mocne prądy, skórę czerwieniące, skracają leczenie.

Później wspomina o miejscowych kurczach klonicznych i tężcowych, przy czem zgadza się z innymi autorami, że wyleczenie jest nadzwyczaj rzadkie, jeżeli objawy te nie są macinnicze. Z praktyki swojej nadmienia, że tylko w jednym przypadku *Tic convulsif* i *paramyoclonus multiplex* udało mu się czasowo uspokoić drgawki. W tężyczce (*tetania*) zaś jak również w nerwicach zawodowych n. p. kurczu pisarskim, nigdy nie mógł się przekonać o korzystnym wpływie elektryczności.

Co do właściwych chorób umysłowych, to z wyjątkiem histeryi Schultze nie ma własnego doświadczenia; naprzód jednak trudno mu przypuścić, ażeby elektryczność mogła działać pomyślnie.

Z ogólnych nerwic, Schultze czasami używał prądu elektr. w drżączce (*paralysis agitans*), lecz nie udało mu się otrzymać polepszenia, jak wielu innym autorom. Pląsawica zwykle znika sama bez pomocy elektryczności; pląsawica zaś przewlekła postępująca nie ustępuje pomimo rozmaitego leczenia. Przypadków choroby Basedowa niewiele obserwował a w nich elektryzacya nic stanowczego nie wydała.

Co się tyczy neurastenii z przypadami hipochondrycznemi i melancholicznemi, to trzeba zawsze starać się usunąć przyczyny (nadmierna praca, niepokój i t. d.); dodatnie działanie elektryczności tutaj możnaby wytłómaczyć zaufaniem chorego do tego środka, zatem sugestyą, która może sama bez elektryczności zadziałać korzystnie

W histeryi bez zaprzeczenia elektryczność skutkuje, chociaż ciężkich form tej choroby nie leczy. W lżejszych objawach psychiczna terapia stósowana razem z elektrycznością działa pomyślnie n. p. na porażenia strun głosowych, porażenia i niedowłady, w bezczułości zaś szczególnie, gdy się używa mocnych prądów; czasami jednak przypady te opierają się temu środkowi.

Co się tyczy elektroterapii organów zmysłowych, to niewiele mamy doświadczenia, jednak o zaniku nerwu wzrokowego w wiądzie można to samo powiedzieć, co o samej chorobie; co się tyczy szumów usznych, to także stałego polepszenia po elektryczności stwierdzić nie można. Na zakończenie Schultze zastanawia się, o ile należy się spodziewać pomyślnych rezultatów od elektryczności w chorobach mięśniów prążkowanych i gładkich. I tak w bólach mięśniowych i ostrym gośćcu mięśniowym często otrzymuje się prędki, pomyślny skutek, jakkolwiek z tym czynnikiem mogą śmiało konkurować masaż, jak również nowe leki przeciw gośćcowe, szczególnie kwas salicylowy. W następowych zanikach mięśniów po chorobach stawów stósując elektryczność, można otrzymać często pomyślne skutki, lecz i w tych razach środek ten nie należy do wyjątkowych. Co się tyczy postępowego zaniku mięśniów, to powszechnie wiadomo, że elektryczność niema nań żadnego wpływu. Jeżeli zaś C. W. Müller

ogłasza wręcz przeciwne rezultaty, n. p. wyleczonego przez niego rzekomego przerostu mięśniów, to jest bardzo wątpliwem, czy przypadek jego do tej kategoryi chorób należy.

Daleko pomyślniejsze wyniki można zanotować przy stósowaniu prądu elektrycznego w rozmaitych chorobach jelit (szczególniej zaparciu żywota), żołądka (atonii) albo pęcherza moczowego; pomimo to czasami i tutaj elektryczność nie dopisuje.

Z wyżej powiedzianego widać, jak ograniczone miejsce powinien zająć prąd elektryczny w leczeniu chorób nerwowych i mięśniowych, szczególniej gdy mamy do czynienia z organicznemi zmianami destrukcyjnemi ośrodków nerwowych. W chorobach nerwów obwodowych można się prędzej spodziewać pomyślnych rezultatów, lecz tych nikt dotychczas nie przedstawił bez zarzutu. W tak zwanych chorobach czynnościowych prąd okazał się najzbawienniejszym; w tych jednak razach wpływ psychiczny dużo pomaga do wyzdrowienia. Również bóle nerwowe, mięśniowe i osłabienie gładkich mięśniów daje się wyleczyć, lecz i to nie zawsze.

Kończąc swoją ciekawą pracę Schultze zachęca do szukania nowych leków, a także do zajęcia się badaniem przyczyn tych ciężkich chorób, zamiast spuszczać się na ten niepewny środek, tak często nas zawodzący.

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Semmola: **O zmianach kiłowych w sercu.**

Już w roku 1859 utrzymywał Virchow na zasadzie badań patologiczno-anatomicznych, iż możebny jest związek przyczynowy między kiłą a chorobą miąższu serca. W ostatnich latach pomnożyły się spostrzeżenia i ogłoszenia w tym względzie; dotyczą one chorób serca, których tło kiłowe rozpoznano albo skutkiem obecności kilaków w mięśniu serca lub też przez pomyślny skutek swoistego leczenia.

Atoli wszyscy badacze zgadzają się na to, iż niema cechujących objawów, któreby za życia dozwalały na rozpoznanie chorób serca kiłowych. Autorowi znane są dwa spostrzeżenia, które dowodzą pojawiania się tych chorób. Jeden z tych przypadków tyczył się lekarza z najcięższemi objawami niezrównoważonej wady serca. Próbowano najrozmaitszych leków na serce działających bez skutku i chorego uważano za straconego. W toku tego dowiedział się autor, że tenże chory przed dawnemi czasy przebywał kiłę, której jednak podczas obserwacyi ani śladu nie było. Pamiętając zdanie Ricorda, że u kiłowego wszystko zdarzyć się może, rozpoczął autor stósować natychmiast podskórne wstrzykiwania sublimatowe i dawał duże dawki jodku potasu (po 3 grm. na dobę). Po upływie miesiąca lekarz stracił duszność, opuchlinę, kołatanie serca, arytmią i mógł się na nowo oddawać swemu powołaniu, bez potrzeby zażywania naparstnicy lub innych środków lekarskich. Po tem doświadczeniu autor nie omieszkiwał nigdy zwracać uwagi na przebycie kiły u chorych na serce.

Kobieta 45-letnia, która przed 25 laty przebywała kiłę, skarżyła się na wielką nieprawidłowość tętna. Przypuszczano, że arytmia powstała u niej na tle nerwowem. Autor nie podzielał tego zapatrywania wobec długiego trwania arytmii i jej uporczywości, która już od miesiąca, nawet we śnie chorą trapiła, i polecił w tem mniemaniu, że tu chodzi o zmiany następowe kiły (kilak lub zapalenie miąższu sercowego) swoiste leczenie (jodek potasu wewnętrznie i wstrzykiwania sublimatu przez pierwszy miesiąc, potem przez pięć miesięcy wcierania szaruchy w podeszwy, dziennie po gramie). Po dwóch miesiącach chora została z arytmii zupełnie wyleczoną i dotychczas cieszy się najlepszem zdrowiem.

Wniosek, jaki autor wyprowadza z tych klinicznych spostrzeżeń, jest ten, iż u chorego z dawniej przebytą kiłą, z przypadami uporczywej arytmii, z utrudnieniem oddechania lub bez tego, które się opierają wszelkim środkom higienicznym i lekowniczym, należy natychmiast podejrzywać, że mamy do czynienia z ukrytym przebiegiem kiły i należy choremu zalecić prawidłowe swoiste leczenie, chociażby nawet żadnych innych objawów kiły nie było. (*Le Bull. méd. 1892, 86*).

Herzfeld: **Epidermolysis bullosa hereditaria.**

Dwóch braci zapadło na bardzo rzadką chorobę skórną, którą Köbner nazwał *epidermolysis bullosa hereditaria*. Nagabuje ona pewne rodziny z dziedziczną skłonnością, u których przyskórek po najmniejszem mechanicznem zadrażnieniu podnosi się w kształcie pęcherzy. U tych chorych cierpienie ogranicza się prawie jedynie do rąk i nóg, gdy w opisanych dotychczas przypadkach zajmowało ono równo całą powierzchnię skóry. W pomienionych dwóch przypadkach towarzyszyły cierpieniu bardzo mocne poty, zwłaszcza rąk. Wskutek ciągłego powstawania pęcherzy potworzyły się rozległe zmiany następowe. Grzbiety rąk sprawiają przy oglądaniu wrażenie rąk starczych; skóra jest na nich zanikła, sino-czerwona i mocno pomarszczona. Na dłoniach widzimy skórę tak dalece napiętą, iż zupełne wyprostowanie palców jest niemożebne; delikatniejsze szczeliny i brózdy są wygładzone, większe zaś fałdy trochę wyciągnięte. Paznogcie są częściowo do kształtu racic zbliżone, częścią na brzegu popękane i w nieforemnych ząbkowanych warstwach ułożone. Paznogcie palców u nóg okazują częściowo podobne zmiany jak u rąk; przeważnie brak ich zupełny. Na rękach znajdują się nieregularnie porozrzucane pęcherze we wszystkich okresach rozwoju. Środki lecznicze, jak dotąd, przeciwko temu cierpieniu stósowane mało skutkowały; względnie najlepiej czują się jeszcze chorzy, gdy skóra jest suchą lub lekko tłuszczem powleczoną. (*Deut. med. Zeit. 1892, 62.*)

Dr. Skobel.

Notatki terapeutyczne.

28) W zapaleniu płuc włóknikowem poleca Sléepianine (*Semaine médicale*) wdychania płynu według przepisu:

Rp. *Olei terebinthinae*
Glycerini puri āā 30·00
Aquae destill. 180·00
MDS. Na sześć inhalacyj.

Tych sześć inhalacyj przez dzień robi sobie chory aparatem Sieglego lub podobnym (parowym) w pozycyi leżącej i oddychając spokojnie, bez wysilenia. Ma to sprawiać zdaniem S. znaczną ulgę.

Przeciw wypryskom przewlekłym u dorosłych używa E. Wende, profesor dermatologii w Uniwersytecie w Buffalo z dobrym skutkiem następujących ciast czyli past:

29) Rp. *Acidi salicylici 2·00*
Zinci oxydati
Amyli
Vaselini americani
Lanolini anhydrici
āā 25·00
lub

30) Rp. *Resorcini 2·00—12·00*
Zinci oxydati
Amyli puri
Vaselini americani
Lanolini anhydrici
āā 25·00

(*Buffalo Med. and Surg. Journ. 1892*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

III. posiedzenie z dnia 18. lutego 1893.

Przewodniczący Dr. Schramm. — Obecnych członków 46.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto bez dyskusyi.

2) Kol. Przewodniczący oznajmia, że porozumiał się z Radą zawiadowczą w sprawie zaprowadzenia czeków poczto-

wych a z fizykiem miejskim w sprawie miesięcznych relacyj o chorobach nagminnych. Dalej kol. Przewodniczący podaje do wiadomości konkurs na posadę prymaryusza oddziału kiłowo-skórnego w krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie.

Kol. Mehrer przedstawia przypadek wodniaka, uleczony doszczętnie po wstrzyknięciu 50 gramów zgęszczonego kwasu karbolowego. Po zrobieniu punkcyi rurką od przyrządu Potaina, kol. M. wstrzykuje wymienioną ilość kwasu karbolowego, który natychmiast wypuszcza. Postępowanie to ma być niebolesne. — W innym przypadku kol. M. wstrzyknął był tylko 4,0 gr. zgęszczonego kwasu karbolowego, pozostawiając go w worku wodniaka, jednakże z ujemnym wynikiem, ponieważ u chorego wkrótce wystąpiła recydywa.

W dyskusyi koll. Ziembicki i Schramm odradzają od naśladowania tego sposobu leczenia wodniaka, uważając go za bardzo niebezpieczny i ryzykowny. Kol. Schramm powątpiewa, żeby zabieg miał być nie bolesnym a zresztą już z tego powodu samego nie mógłby zalecić tego sposobu leczenia, że skrzepy powstające po wstrzyknięciu kwasu karbolowego łatwo zatykają światło rurki, utrudniając odpływ wstrzykniętego roztworu. Postępowanie to mogłoby przeto nietylko uszkodzić jądra, ale nadto wywołać zatrucie karbolowe.

4) Kol. Ziembicki poleca firmę p. Rudolfa Manna (Lwów, ulica Teatralna) dostarczającą wzorowych instrumentów chirurgicznych, przyrządów ortopedycznych i bandaży i demonstruje wyroby dostarczone przez tę firmę. Kol. Wehr również poleca wymienioną firmę.

5) Kol. Barącz przedstawia chorego dotkniętego chroniczną nosacizną (*malleus humidus*). Chroniczna nosacizna u człowieka jest chorobą bardzo rzadką; dlatego pożądanem jest podawanie do ogólnej wiadomości każdego nowego przypadku, w którym rozpoznanie opiera się na ścisłem przeprowadzeniu badań bakteryologicznych. Kol. B. w przystępnej sobie literaturze mógł odnaleść zaledwie 11 klinicznie stwierdzonych przypadków. Trudności rozpoznawcze podobnych przypadków są bardzo znaczne a rozpoznanie da się zrobić jedynie przez przeprowadzenie szczepień na świnkach morskich, przez zrobienie hodowli ze zwierząt padłych wskutek przeszczepienia i badanie drobnowidowe tychże hodowli. Przypadek kol. B. dotyczy 45-letniego mężczyzny, cierpiącego od 7 lat na owrzodzenie w nosie, i na powstawanie coraz nowych guzów i krost na twarzy, szyi, tułowiu i kończynach. Po przedstawieniu zmian patologicznych, spostrzeganych u tegoż chorego, kol. B. demonstruje także świnkę morską padłą po dwóch miesiącach po zaszczepieniu ropą wziętą z obrzęku nosaciznowego, omawia zmiany patologiczne narządów wewnętrznych i okazuje charakterystyczne hodowle ziemniaczane i preparaty drobnowidowe z hodowli, które w badaniu drobnowidowem w niczem się nie różnią od hodowli uzyskanych w nosaciznie u konia: charakterystyczne, krótkie, grube, bardzo drobniutkie, na końcach zaokrąglone prątki. Wreszcie kol. B. omawia terapię chronicznej nosacizny i plan leczenia swego chorego. Szczepienie i badanie hodowli przeprowadził kol. B. w pracowni kol. Szpilmana, któremu za pomoc udzieloną wyraża swoje uznanie i podziękowanie. (Przypadek ten będzie szczegółowo ogłoszonym w Przegl. lek.).

Kol. Wehr poleca w przypadku kol. Barącza robić próby nową metodą immunizacyjną: wstrzykiwaniami malleiny, którą robiono doświadczenia lecznicze.

Kol. Szpilman wspomniawszy o przypadku nosacizny u człowieka z przebiegiem ostrym obserwowanym w r. 1882, przemawia również za stosowaniem malleiny.

Kol. Krokiewicz widział dwa przypadki nosacizny u człowieka; jeden z przebiegiem ostrym, drugi zaś z przebiegiem przyostrym. Ten ostatni dotyczył atlety cyrkowego, który zmarł w oddziele prymaryusza Dra Paszkowskiego w szpitalu powszechnym w Krakowie z rozpoznaniem: *Erysipelas nasi, Pneumonia.* Zmiany chorobowe znalezione podczas sekcyi usadowione były w jamie nosa, na skórze twarzy, kończyn górnych i dolnych, brzucha i klatki piersiowej, na opłucnej i w płucach. Na błonie śluzowej nosa widoczne były rozległe nacieki, tu i owdzie owrzodziałe, zawierające miejscami drobne ogniska ropne; na skórze zaś kończyn górnych, dolnych i t. d., znajdowały się tu i owdzie guzki wielkości soczewicy, bladoróżowe, dość twarde, z których po nacięciu wydobywała się treść ropna. W płucach zmiany anatomiczne odpowiadały tak umiejscowieniem, jak i wejrzeniem makroskopowem zmianom chorobowym napotykanym w gruźlicy płuc w formie nacieku galaretowatego Laenneca, z tą tylko różnicą, iż tu i owdzie pośród tegoż nacieku można było widzieć ogniska drobne ropą wypełnione. Opłucne prócz zmian świeżych zapalnych okazywały liczne gruzełki prosówkowe obok guzków wielkością i wejrzeniem zupełnie odpowiadających takimże na skórze. Ponieważ obraz sekcyjny nie odpowiadał ściśle zmianom w gruźlicy napotykanym i wzbudzał podejrzenie nosacizny, przeto w dniu następnym odniósł się kol. Krokiewicz do prof. Browicza w tej sprawie i od niego otrzymał potwierdzenie rozpoznania, co też i dalsze badanie ścisłe wykazało. Kol. Krok. zwraca uwagę, że wogóle przypadki nosacizny bardzo rzadko pojawiają się na stole sekcyjnym, jak wogóle nosacizna nie często wydarza się u człowieka.

Według zeznania prof. Browicza, o ile sobie przypomina, na kilkanaście tysięcy sekcyj w ciągu 15 lat wykonanych w zakładzie anatomiczno-patologicznym w Krakowie zaledwie dwa tylko przypadki można było zanotować: jeden z czasów Biesiadeckiego, drugi wspomniany.

Przypadek kol. Barącza zasługuje na szczególniejszą uwagę z kilku względów. Przedewszystkiem, iż okazuje przebieg chroniczny prawie 7 lat trwający; powtóre, iż kolega Barącz stwierdził swe rozpoznanie drogą ściśle umiejętną, posługując się doświadczeniem na śwince morskiej; po trzecie, że doświadczenie dokonane na śwince morskiej przez kol. Barącza stwierdziło ponownie, że świnka morska jest bardzo czułą na jad nosacizny, tudzież że u świnek morskich jądra, jak na to zwrócił uwagę Nocard i Jakowski, są bardzo wrażliwe i czułe na jad nosacizny. Obraz sekcyjny bowiem zaszczepionej świnki wykazuje i w danym przypadku najznaczniejsze zmiany w okolicy jąder i w jądrach, podczas gdy w innych narządach widoczne są tylko prosówkowe twory granulacyjne, chociaż miejsce inokulacyi stanowiła okolica czoła, nie jąder. Zarazem zwraca kol. Krokiewicz uwagę, że obrzmienie jąder u świnek morskich po zaszczepieniu nosacizny, jak to sam stwierdził, występuje w pierwszych dwóch tygodniach i ta okoliczność w przypadkach podejrzanych, wobec na razie ujemnych innych zmian, przemawia za nosacizną a nie inną sprawą granulacyjną.

Kol. Prus przypomina sobie również przypadek opisany przez kol. Krokiewicza (u atlety cyrkowego). Kol. Prus w przypadku tym rozpoznał gruźlicę płuc i odesłał chorego do szpitala. Oprócz tego kol. Prus widział drugi przypadek nosacizny u człowieka z przebiegiem ostrym. Przypadek kol. Barącza jest o tyle niezwykłym, że ma trwać już od 7 lat. Co się tyczy sposobu leczenia, to kol. Prus jest przeciwnym stósowaniu *malleiny*, a to z następujących powodów: *a*) mallcina wywołuje reakcyą nie tylko u koni chorych, ale także u koni, które nie mają śladów nosacizny, podobnie jak tuberkulina Kocha wywołuje także reakcyą i objawy zatrucia u ludzi, którzy nie cierpią na gruźlicę. Dla tego nie można malleinie przypisać wartości nawet rozpoznawczej. *b*) Stósowanie malleiny nie daje żadnych pomyślnych wyników. Przeciwnie, sprawa chorobowa nawet stanowczo szybciej postępuje u koni podczas stósowania malleiny. *c*) Faktem jest, że nosacizna, tak samo jak gruźlica, samoistnie się leczy. U koni często się spostrzega samodzielne wyleczenie a liczba tych wyleczeń byłaby zapewne jeszcze znacznie większa, gdyby nie istniała ustawa przepisująca, że konie z nosacizną trzeba zabijać. Wypada z tego, że stósowanie malleiny w przypadku kol. Barącza nietylko, że nas niczego nie pouczy, ani też nie wywrze wpływu pomyślnego na sprawę chorobową, lecz najprawdopodobniej nawet pogorszy stan chorego. Zdaniem kol. Prusa byłoby przeto rzeczą racyonalniejszą w danym przypadku zająć stanowisko wyczekujące, tembardziej, że przebieg cierpienia jest tak niezwykły. Co się tyczy zaraźliwości, to nosacizna nie jest tak niebezpieczną, jak to przedstawia kol. Barącz. Dowodem tego to, że przy sekcyach koni padłych na nosaciznę a względnie zabitych z tego powodu, służba pracuje często ze skaleczo-

nymi palcami bez dezinfekcyi i bez najmniejszych środków ostrożności a pomimo to nie zaraża się jadem nosacizny. Kol. Prus wyobraża sobie przeto, że z zaraźliwością rzecz ma się mniej więcej podobnie, jak w gruźlicy t. j., że zarażają się tylko osobniki usposobione do tego.

Kol. Szpilman sądzi, że nie należy sobie znowu tak bardzo lekceważyć zaraźliwości nosacizny i wspomina o kilku przypadkach śmierci wskutek zakażenia się jadem nosacizny przez badanie hodowli nosacizny (student u prof. Weichselbauma; asystent prof. Hoffmanna; weterynarz Hellmann w Petersburgu).

Kol. Wehr występuje również przeciwko wywodom kol. Prusa. Że z tuberkuliną Kocha w gruźlicy nie otrzymaliśmy korzystnych wyników, nie dowodzi jeszcze, żeby malleina miała być nieskuteczną w nosaciźnie. Faktem jest, że metodą immunizacyjną w tężcu po wstrzykiwaniach tetaniny obserwowano klinicznie trzy przypadki uleczenia tężca. Co się tyczy zaraźliwości nosacizny, to ta okoliczność, że przy sekcyach koni padłych na nosaciznę służba się nie zaraża, byłaby tylko dowodem immunizacyi.

Kol. Obtułowicz widział kilka przypadków nosacizny przebiegających wśród objawów ostrej choroby zakaźnej. Raz tylko obserwował na prowincyi przypadek z przebiegiem przewlekłym z tworzeniem się licznych guzków na skórze. U chorego po kilku miesiącach nastąpiło polepszenie, poczem usunął się z obserwacyi. Później, gdy chory umarł, podczas obdukcyi nie znaleziono żadnych zmian charakterystycznych dla nosacizny. Byłby to przypadek dowodzący możliwości samoistnego wyleczenia się tej choroby.

Kol. Szpilman przytacza także przypadki samodzielnego wyleczenia się nosacizny u koni

Kol. Opolski przemawia także za stósowaniem malleiny w danym przypadku. Niepowodzenia z tuberkuliną niczego nie dowodzą. Objawy zatrucia podczas używania tuberkuliny występują tylko po wstrzyknięciu większych dawek, podczas gdy w małych dawkach w celach rozpoznawczych użyta jest nieszkodliwą. Przypadek kol. Barącza wobec znacznego charłactwa chorego należy w każdym razie uważać za stracony a wobec tego wskazaną jest jeszcze próba z malleiną. Należałoby jednakże rozpocząć od dawek najmniejszych i stopniowo je zwiększać.

Kol. Barącz nie myśli w swoim przypadku używać malleiny, ponieważ, o ile mu wiadomo, dotychczas malleiny używano jedynie w nosaciźnie u koni. W końcu kol. B. sądzi, że dla dalszej obserwacyi chorego byłoby rzeczą nader pożądaną, gdyby można chorego umieścić w którym z oddziałów szpitala powszechnego.

6) Wnioski członków.

Wniosek kol. Gluzińskiego, ażeby ze Sekcyi lwowskiej wyszła inicyatywa, aby zjazd lekarzy i przyrodników polskich w r. 1894 (wobec mającej się odbyć w tymże roku wystawy powszechnej krajowej) odbył się we Lwowie, przyjęto z dodatkiem kol. Szpilmana, żeby życzenie to wystosowano do komitetu, który poprzednio urządzał zjazd i wystawę przyrodniczo-lekarską.

7) Wniosek kol. Przewodniczącego o złożenie komitetu celem wypracowania memoryału wystósowanego do odpowiedniej władzy z prośbą o przyspieszenie zaprowadzenia Izb lekarskich, przyjęto. Do Komitetu redakcyjnego wybrano koll.: Schramma, Stroynowskiego i Mahla.

8) Wniosek kol. Stachiewicza o złożenie komisyi odczytowej, do której składu mają wejść: Dwaj interniści, 1 chirurg, 1 lekarz chorób dziecięcych, 1 kobiecych, 1 skórnych — przyjęto w zasadzie. Wybór komisyi odłożono na posiedzenie najbliższe.

9) Wniosek kol. Uhmy o zmianę dnia posiedzeń z soboty na piątek przyjęto większością głosów.

10) Kol. Bylicki ubolewa nad tem, że wydane z okazyi jubileuszu Tow. lek. gal. sprawozdanie z 25-letniej działalności Towarzystwa zawiera tylko sprawozdanie administracyjne a nic ma nic o naukowej czynności; wnosi przeto, ażeby wydać także sprawozdanie z naukowej czynności Towarzystwa i aby wybrać komisyą, któraby się zajęła jego wypracowaniem i wydaniem.

Po przemówieniu kol. Mukowicza, który uważa wypracowanie sprawozdania naukowego za rzecz niemożliwą z powodu braku dat i źródeł do tego potrzebnych, kol. Bylicki cofa na razie swój wniosek, obiecując rozpatrzyć się naprzód dokładnie w poruszonej sprawie a za kilka tygodni przedstawić wyniki swoich badań. Na tem zakończono posiedzenie o godz. 9. wieczorem. *Dr. Bory*, sekretarz.

V. Wiadomości bieżące.

— Jedenasty międzynarodowy Zjazd lekarski w Rzymie zapowiada się bardzo dobrze. Dotychczas zgłosiło się z poza Włoch więcej niż 500 członków, między którymi znajdują się mieszkańcy Japonii i Australii. Bardzo wiele Towarzystw dróg żelaznych i żeglugi parowej przyznało członkom kongresu znaczne obniżenie cen za podróż a komitet gospodarczy w Rzymie układa się z właścicielami tamtejszych hoteli o ustanowienie stałych cen dla spodziewanych gości.

— Tymi dniami wyszedł z druku zeszyt 17. „Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej“ wydawanych pod redakcyą prof. Dra Korczyńskiego. Zeszyt ten zawiera rozprawę prof. Dra W. Jaworskiego p. t.: O leczeniu biegunki przewlekłej. Cena zeszytu wynosi 25 ct. Obszerniejsze dzieło tego autora p. t.: Podręcznik chorób żołądka znajduje się już w druku i wyjdzie wkrótce staraniem i nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

— **Cholera**. Według urzędowych wiadomości trafiają się jeszcze całkiem odosobnione przypadki cholery azyatyckiej w Altonie, Hamburgu i Nietleben. Od 18. do 25. b. m. nie było w całych Niemczech ani jednego przypadku zachorowania ani śmierci na cholerę. Tożsamo można od dwóch tygodni powiedzieć o całej monarchii austro-węgierskiej. Natomiast mają się dosyć liczne zdarzać przypadki na Podolu rosyjskiem, w Persyi i na brzegach Arabii.

Ze zdania sprawy statyst... ego dowiadujemy się, jakie spustoszenia porobiła w roku zeszłym cholera w Hamburgu i jego okręgu. Śmiertelność doszła do 39·61 na tysiąc i rok obliczona i była największą z ostatnich 29 lat. W ogólności umarło z cholery 8060 osób t. j. 1·257% całej ludności; zasługuje i to na uwagę, że prócz tego umarło na biegunkę i cholerynę 3248 dzieci, t. j. o 1610 więcej, niż w roku poprzedzającym czyli 5·07‰ całej ludności, gdy średnia z ostatnich 10 lat wynosi tylko 2·52‰.

Z odczytu Prousta w akademii lekarskiej w Paryżu na posiedzeniu w dniu 28. lutego b. r. dowiadujemy się, iż w gminach zaopatrywanych w wodę ze Sekwany była śmiertelność z cholery powyżej Paryża 2·5 na 10000, poniżej Paryża 15 na 10000 a w Saint-Dénis nawet 36 na 10000.

— Dr. Letulle obliczył, że w r. 1891 pielęgnowano w 3 szpitalach paryzkich Saint-Antoine, Charité i Beaujon razem 3569 suchotników, z których umarło 988. Suchotnicy zajmują piątą część wszystkich dni leczenia i sprawiają wydatek wynoszący również piątą część wszystkich wydatków na szpitale.

— Z badań Couteauda dokonanych w podróży na wyspę Jan Mayen i na Szpicberg wypada, iż tam tak powietrze, jak woda i ziemia są nadzwyczaj ubogie w bakterye. Gdy w powietrzu ulic paryskich mieści się średnio po 51000 bakteryj w metrze sześciennym, zawiera powietrze nad morzem lodowatem po 3 kolonie w metrze sześć. W wodzie na wyspie Szpicbergu nie tylko nie ma żadnych bakteryj chorobotwórczych, ale nawet i żadnych form laseczników.

— Od 13. lutego b. r. obowiązuje w całej Rosyi europejskiej nowa taksa, która znacznie obniżyła cenę lekarstw, średnio o 50% a nadto ułatwiła ludziom ubogim korzystanie z aptek przez to, iż za dopiskiem stósownym przez lekarza na recepcie nie wolno aptekarzowi nic liczyć za niektóre czynności podczas sporządzania i wydawania leków.

— Wiadomo, jaką odrazę czuje wielu chorych do oleju rącznikowego; dlatego nieobojętną będzie dla świata lekarskiego wiadomość, iż aptekarze warszawscy, pp. Wenda i Wiorogórski, wyrabiają z niego pod nazwą *oleum ricini aromatisatum* przetwór wcale nie wstrętny i chętnie nawet przez dzieci zażywany:

— Miasteczko Wołpa w pow. Grodzieńskim potrzebuje zaraz lekarza. Trzy tysiące ludności. Pensya 300 rubli. Wiadomość u aptekarza Zawadzkiego przez Łunnę w Wołpie.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Beresteczku na Wołyniu Dr. Wilhelm Korczak Zahorowski, lekarz cieszący się uznaniem i ogólną sympatyą; — w Wiedniu Dr. Friedmann, właściciel znanego i przez Polaków szczególnie dawniej bardzo odwiedzanego zakładu hidropatycznego w Gainfahrn przy Vöslau pod Wiedniem; — w Paryżu prof. psychiatryi Ball; — w Upsali prof. farmakologii i nauk przyrodniczych dla lekarzy Dr. Robert Fryderyk Fristedt.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w Poniedziałek dnia 13-go marca b. r. o godzinie 6 po południu posiedzenie nadzwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: Dyskusya nad sprawozdaniem komisyi wodociągowej.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **J. I. w T.** (w Azyi). Otrzymaliśmy, umieścimy wkrótce, dziękujemy za pamięć i prosimy i nadal zasilać nasze pismo swemi cennemi pracami.

Wny Dr. **W. z K.** Odpowiemy, ile można, jak najdokładniej w przyszłym numerze, ale prosimy o adres, żeby można na niejedno odpowiedzieć obszerniej listownie. W każdym razie dziękujemy za zaszczytne zaufanie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 101. KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 7. lutego 1893 L. 6564 rozpisuje się konkurs na posadę prymaryusza oddziału kiłowo-skórnego dla kobiet, przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej czasowej przywiązaną jest płaca o rocznych 1200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich, albo doktora medycyny i chirurgii na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya i praktykę szpitalną w dziale chorób kiłowych i skórnych;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 30. marca 1893 na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

We Lwowie, d. 15. lutego 1893 (28—4—3)

L. 291/93. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza dla ustanowionego reskryptem wys. Wydziału krajowego z dnia 9. sierpnia 1892 l. 38180 okręgu sanitarnego z siedzibą w Bohorodczanach obejmującego 11 gmin z ludnością 22911.

Płaca roczna 500 złr. (1000 koron) zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7 ustawy z dnia 2. lutego 1891, Nr. 17 dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego, z przedłożeniem metryki urodzenia;

2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;

5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 15. kwietnia 1893.

Bohorodczany dnia 3. marca 1893.

31—3—1 Prezes: *Józef Szeliński.*

KONKURS.

Celem obsadzenia posady drugiego lekarza miejskiego przy Urzędzie miejskim król. woln. miasta Lubaczowa rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 1-go kwietnia 1893. Pierwszeństwo mają pp. lekarze wszech nauk lekarskich, którzy wykażą się dwuletnią praktyką.

Płaca roczna 300 złr. w. a.

Do obowiązku lekarza miejskiego należą oprócz bezpłatnego leczenia ubogich także oględziny ciał zmarłych, tudzież oględziny bydła i mięsa.

W miejscu znajduje się c. k. Sąd powiatowy, c. k. Urząd podatkowy tudzież stacya kolejowa.

Lubaczów dnia 3. marca 1893 r.

32—2—1 *Szydłowski,* burmistrz.

L. 285. **KONKURS.**

Odnośnie do tutejszych ogłoszeń z 3. września 1892 roku L. 2072 i 11. listopada 1892 L. 2700 rozpisuje Wydział powiatowy po raz trzeci konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Łące.

Okręg ten obejmuje 16 gmin na obszarze 229□ klm. z 16858 ludnością.

Roczna płaca wynosi 500 złr. i ryczałt na koszta podróży służbowych 275 złr. a. w.

Kandydaci muszą posiadać prócz dostatecznej fizycznej zdolności, następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego;

2) dyplom doktora medycyny, uprawniający wykonywanie praktyki lekarskiej;

3) nieskazitelny charakter;

4) znajomość języków krajowych;
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim;
6) a oraz przyjąć obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Między kandydatami będą mieli ci pierwszeństwo, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału powiatowego w Samborze **przed 15. marca 1893.**

Wydział Rady powiatowej (27—3—3)
w Samborze dnia 31. stycznia 1893 roku.

KONKURS

W miasteczku „Velký Újezd“ (via Ołomuniec) na Morawie jest do obsadzenia posada lekarza gminnego z rocznym pauszalem 500 złr., za oglądanie mięsa 40 złr. i od Kasy oszczędności 100 złr. wreszcie wolność trzymania apteki domowej.

Do okręgu tej gminy należy 7 osad. Bliższych szczegółów udzieli dziekanat.

Kraków dnia 3. marca 1893 r.

34—1—1 *Dr. Halban.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 18. Marca 1893. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi		w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr.	80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „	40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „	20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Przypadek porodu u osoby cierpiącej na wadę serca.[1])

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Autorowie, którzy zwracali uwagę na zachowanie się serca podczas ciąży, aczkolwiek różne wypowiadają poglądy, to prawie wszyscy godzą się na to, że serce ma podczas ciąży więcej pracy do spełniania, aniżeli poza nią. Zgodnie też z tem zapatrywaniem stwierdzono podczas ciąży przerost serca. Przerost ten jedni kładą na karb rozrostu mięśnia sercowego w całości, drudzy na karb rozrostu lewej komórki, inni wreszcie na karb rozszerzenia komórek.

W. Müller, który zajmował się pomiarami serca bardzo dokładnie, twierdzi, że mięsień sercowy wzrasta w miarę wzrostu ciała osobnika w ogóle i że to zjawisko w obec ciąży ma zastósowanie. W myśl tego spostrzegł, że rozrost serca podczas ciąży bywa nieznaczny i dotyczy lewej jego komórki.

Przytoczone spostrzeżenia w obec przypadków fizyologicznego stanu serca, mają znaczenie naukowe, w obce jednak stanów nieprawidłowych, nabierają praktycznej doniosłości. Już podczas ciąży spostrzeżono, że osoby dotknięte wadą serca częściej ronią a niektórzy autorowie twierdzą, że w $^1/_4$ części przypadków ciąża przerywa się przed owym końcem. Spostrzeżono dalej, że ciąża w drugiej połowie częściej się przerywa aniżeli w pierwszej. Wpływu wady serca na samą czynność porodową nieuważano, równie jak na połóg, jeżeli nie było żadnych znaczniejszych zaburzeń w czynności serca.

Wpływ za to ciąży na choroby serca jest o wiele donioślejszy. Wessner podaje statystykę, według której w 43% przypadków obserwowanych, objawy ze strony serca były nieznaczne a w 20% groźne.

Procent śmiertelności bywa znaczny i tak: według Poracka na 89 obserwowanych umarło 34 osób, co czyni 38%; według Wessnera na 77 osób obserwowanych umarło 29 czyli 37% a według zestawienia P. Müllera na 58 osób zmarło 23, co wynosi 39%.

Jak widzimy, wyniki zestawień różnych autorów prawie zupełnie się zgadzają. Najczęściej śmierć następowała w połogu, rzadziej podczas ciąży a najrzadziej podczas porodu.

Dalej Virchow i Löhlein zwrócili uwagę, iż często podczas ciąży w przypadkach dawnych wad zastawkowych, występuje świeżo zapalenie wśródsierdzia. Wreszcie spostrzegano stłuszczenie mięśniów brodawkowych serca, znaczniejsze zmiany w nerkach i zaburzenia narządu oddechowego. Podczas porodu, podczas każdego bólu porodowego zwiększa się znacznie parcie ościenne w tętnicach a tem samem i praca serca musi się powiększać. W połogu ustępują zwykle groźniejsze objawy i następuje polepszenie, czasem nawet długo trwające. Mimo to zdarzają się przypadki śmierci: albo tuż po porodzie albo w późniejszych okresach połogu.

Przyczyna zejścia śmiertelnego leży albo w zmienionych nagle stósunkach krążenia albo, jeżeli śmierć następuje w późniejszych okresach połogu, to skutkiem zatorów lub nawrotów zapalenia wśródsierdzia. Co się tyczy nagłej zmiany stosunków krążenia tuż po porodzie, to autorzy się różnią w zapatrywaniach i tak: Spiegelberg twierdzi, że płuca i prawa komórka serca bywają zbyt przepełnione, Fritsch zaś twierdzi, że powstają znaczne zastoiny żylne w trzewach brzusznych.

Co do rokowania, to wszyscy autorowie rokują niekorzystnie w przypadkach wad zastawkowych serca a najniekorzystniej w niedomykalności zastawki dwukończystej (Spiegelberg, Porack, Berry Hars). Sée jest przeciwnego zdania.

[1]) Rzecz odczytana na posiedzeniu Tow. ginekol. krak. dnia 29. listopada 1892.

P. Müller twierdzi, że ogólnie przyjęte złe rokowanie musi mieć zastósowanie szczególniej w przypadkach, gdzie wady zastawkowe świeże, gdy groźniejsze objawy wywołują albo gdzie zmiany chorobowe daleko posunięte. Lebert nadto dodaje, że rokowanie zależy nie tyle od samych zmian zastawek serca, ile od zmian mięśnia sercowego i układu naczyniowego, jak niemniej od kompensacyi. — Zmiany w innych organach mają też doniosłe znaczenie.

W celu leczenia zalecają autorzy zgodnie przede wszystkiem uregulowanie trybu życia, unikanie przyczyn mogących wywoływać nawroty cierpienia lub wzmaganie się objawów chorobowych, dobre odżywianie się, unikanie nadmiernej pracy, zaziębienia; w razie potrzeby radzą leczenie przypadowe a poza tem wyczekiwanie.

W wyjątkowych tylko przypadkach radzą wzniecenie przedwczesnego porodu, gdy grozi niebezpieczeństwo dla życia matki, które przez wypróżnienie macicy spodziewamy się odwrócić, lub gdy z biegiem ciąży objawy chorobowe stają się coraz to groźniejsze i mamy prawo obawiać się, że chora przed końcem ciąży zginie albo przynajmniej będzie w takim stanie, że prawdopodobnie podczas porodu lub połogu umrze. Podczas porodu zalecają też wyczekiwanie a ewentualnie przyspieszenie porodu przez sztuczne rozwiązanie, jeżeli występują groźne objawy.

Uwagi nadmienione zestawiłem z podręczników położniczych a głównie z dzieła P. Müllera (*Die Krankheiten des weiblichen Körpers)*, by usprawiedliwić opowiedzenie następującego przypadku:

N. N., pierwiastka, 21 lat licząca, cierpiąca na niedomykalność zastawki dwukończystej, świeżo w panieństwie powstałą na tle sprawy wśródsierdziowej. Po zamążpójściu niebawem zaszła w ciążę. Od trzeciego jej miesiąca księżycowego poczęła doznawać coraz przykrzejszych objawów ze strony serca a mianowicie częstego bicia serca i duszności. Kol. Gluziński, który miał pacyentkę pod opieką, rozpoznał: zapalenie wśródsierdzia i osierdzia, jak niemniej powziął podejrzenie zmiany w mięśniu sercowym,

Mimo leczenia właściwego stan chorej pogarszał się zwolna, jednostajnie a po połowie ciąży, każden niemal ruch ciała wywoływał duszność i bicie serca. W tym też okresie ciąży byłem wraz z innymi kolegami wezwany na naradę lekarską, na której orzeczono, że przypadek jest ciężki a to ze względu, że w przebiegu zauważono zaostrzanie się sprawy wśródsierdziowej od czasu do czasu. Rokowano zatem bardzo wątpliwie, tak co do możności utrzymania ciąży, jako też co do porodu a to tem więcej, że obawiano się zmiany chorobowej mięśnia sercowego. Wreszcie zwrócono uwagę na możność zejścia śmiertelnego mimo wszelkiej pomocy lekarskiej. Zalecono leczenie przypadowe i wyczekiwanie dalsze, nie wykluczając możności powstania wskazania do sztucznego przerwania ciąży, gdyby wystąpiły groźne objawy.

Wśród dalszego przebiegu stan pacyentki pogarszał się wciąż aż do 9 go miesiąca księżycowego ciąży, poczem szybko w miarę obniżania się dna macicy pacyentka miała się coraz to lepiej. Z każdym dniem była swobodniejszą a pod koniec ciąży mogła się dość dużo poruszać nie doznając wcale ani duszności ani bicia serca.

Dnia 12. października z. r. wystąpiły bóle porodowe. Wezwany do pacyentki o godzinie 1. w południe zastałem ją siedzącą swobodnie przy jedzeniu. — Podczas badania stwierdziłem ściąganie się macicy a nadto mierne skrócenie części pochwowej, zresztą nic osobliwego.

O godzinie 5. po południu zastałem szyję macicy zupełnie rozdętą, ujście zewnętrzne zwrócone ku kości krzyżowej, przepuszczające koniec palca, bóle częste, bolesne. Stan pacyentki ogólny dobry, tętno spokojne, tylko nieco zniecierpliwienia.

O 9. wieczorem badanie wewnętrzne nie wykazuje żadnego postępu porodowego. Bóle bardzo częste, bolesne, tętno przyspieszone (112), małe, zniecierpliwienie większe, niepokój. Podano *tra strophanti* a mianowicie 15 kropel.

O godzinie 11. badanie wewnętrzne nie wykazuje żadnego prawie postępu porodowego: bóle bardzo częste długotrwałe, silne; w przerwach między bólami macica wyraźnie wolnieje, mimo to jednak chora żali się prócz bólów porodowych na stały ból nieokreślony w brzuchu, tętno 120 uderzeń na minutę, nikłe, występuje duszność znaczniejsza.

Wobec braku postępu porodowego wśród silnych bólów a pogarszania się tętna, począłem się obawiać, że nim poród dobrowolnie się ukończy, mogą wystąpić groźne objawy ze strony serca. Powziąłem przeto myśl rozwiązania rodzącej sztucznie. W tym celu postanowiłem przedewszystkiem utorować sobie drogę sztucznie rozszerzając ujście zewnętrzne macicy, już to za pomocą wprowadzonego do jamy macicy balonu Brauna, już też w danym razie za pomocą palców a nawet w razie potrzeby za pomocą nacięcia brzegów ujścia zewnętrznego macicy, aby módz później założyć kleszcze. Nim jednak zdecydowałem się na ten zabieg, chciałem podać chorej makowiec, w przekonaniu, że, gdyby tym sposobem bóle stały się rzadsze a macica w przerwach dłuższych wolniała, chora mogłaby odpocząć a przez to i zmienione stosunki krążenia mogłyby się nieco wyrównać; wówczas także i zabieg operacyjny, który uważałem za nieunikniony, byłby łatwiejszym do wykonania. Zachęcało mnie do tego i znaczniejsze rozdrażnienie rodzącej.

Obecny podczas porodu kol. Gluziński zbadawszy stan narządu krążenia, zgodził się na podanie małej dawki makowca. Podano zatem chorej 10 kropli *trae opii simplicis* wewnętrznie. Niebawem chora zaczęła być spokojniejszą, bóle stały się rzadsze, spokojniejsze, mniej dotkliwe a przerwy między niemi dłuższe tak, że pacyentka w przerwach między bólami poczęła zasypiać.

Tętno stało się pełniejsze, liczba uderzeń spadła znacznie, bo na 96 na minutę. Badanie wewnętrzne okazało szybki postęp porodowy, i już w godzinę niemal ujście zewnętrzne było zupełnie rozwarte. Przebito pęcherz płodowy, a główka wstąpiła do pochwy. Mimo zakazu pacyentka parła teraz coraz silniej.

Po półgodzinnem trwaniu drugiego okresu porodowego, nagle poczęła się żalić na ból w klatce piersiowej, wystąpiła duszność, sinica, tętno stało się liczne (130), słabo wyczuwalne. Obecny kol. Gluziński stwierdził *periculum in mora*; założyłem przeto szybko kleszcze i po kilku pociąganiach urodziłem główkę w mechanizmie nieprawidłowym położenia czaszkowego. Córka żywa, donoszona, około 4000 grm. ważąca. Tuż po porodzie zastósowano ucisk na brzuch rękoma. Pacyentka przyszła do siebie, tętno zwolniało, sinica ustąpiła. Okres trzeci prawidłowy.

W połogu przebiegającym prawidłowo z każdym dniem tętno wolniało i po kilku dniach zeszło na 68 uderzeń w minucie. Wymiary serca, które podczas ciąży były znaczne, (stłumienie serca sięgało poprzecznie do prawego brzegu mostka) z każdym dniem zmieniały się na korzyść a po kilku dniach prawa komórka sięgała do lewego brzegu mostka. Słychać szmer skurczowy nad końcem serca.

W niniejszym przypadku zwracają uwagę objawy ze strony serca podczas ciąży a mianowicie objawy, które groźnie występowały, ustąpiły w 9tym miesiącu księżycowym, gdy główka wstąpiła do jamy miednicy. Przyczyna tej zmiany jest zupełnie jasna; dziwić się mi tylko przychodzi, że autorzy na tę okoliczność nie zwracają uwagi a przynajmniej ja się z podobną wzmianką nie spotkałem. Sądzić zaś muszę, że takiego polepszenia spodziewać się można u każdej pierwiastki z prawidłową miednicą po zstąpieniu główki do miednicy.

Drugą okolicznością zasługującą na uwagę jest skutek, jaki wywarło w niniejszym przypadku podanie makowca na czynność serca.

W literaturze znalazłem tylko zdanie w dziele Winckla (*Lehrbuch der Geburtshülfe S. 255*), że środki znieczulające w przypadkach porodu u osób cierpiących na wadę serca nie są przeciwwskazane, ale owszem są korzystne, gdyż zmniejszają działanie tłoczni brzusznej, uspakajają i regulują czynność serca. Winckel powołuje się w tej mierze na zdanie Macdonalda, Vergelyego i Bara. Żałuję, że prace tych autorów nie były mi przystępne.

W wypowiedzianem zdaniu Winckel miał na myśli środki znieczulające w tem znaczeniu, jak ich używamy w celu znieczulenia podczas operacyi, i wspomina o tem widocznie, uwzględniając przyjęte w chirurgii przeciwwskazanie do używania środków znieczulających w przypadkach wady serca. Aczkolwiek podanie makowca w naszym przypadku daje się podciągnąć pod zdanie przez Winckla wypowiedziane, to przecież podano makowiec w innym celu i w dawce, która nie mogła znieczulić.

W każdym razie stwierdzić muszę, iż podanie tak małej ilości jak 10 kropel nastoju makowca wewnętrznie, wywołało tak znaczne i korzystne objawy, iż mimo woli zdumieć się musiałem. Spostrzeżenie to naprowadza mnie na myśl, aby w każdym przypadku wady serca w przyszłości i wszędzie tam, gdzie wśród porodu będę widział zanadto wzmożoną czynność serca, podać makowiec w celu uspokojenia i uregulowania czynności serca.

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

6) Nowotwory tchawicy mogą także ją zwęzić. Nowotwory łagodne występować tu mogą pojedynczo albo gromadnie. Pierwsze, aby wywołały zwężenie, dojść muszą do dość znacznej wielkości, występując albo w postaci półkulistego guza albo też mniej lub więcej wyraźnie uszypułkowane. Należą tu wogóle włókniaki, brodawczaki i mięsaki. Opisywałem w *Przeglądzie lek.* z r. 1883 przypadek włókniaka, który wychodząc z tylnej ściany krtani i tchawicy jako guz półkulisty ścieśniał znacznie jej światło. Także przypominam sobie okrągły włókniak na dość grubej szypułce zwężający w dole światło tchawicy, wychodzący od tyłu i strony prawej, obok niego jednak kilka mniejszych guzków. Częściej zdarzają się tu brodawczaki (*papillomata*), które rzadko występują pojedynczo, częściej w całej kępie. Mogą one przychodzić obok takichże w głośni albo też i bez nich. Z własnego doświadczenia przypominam sobie kilkakrotnie rozsiane brodawczaki w głośni, poniżej niej w krtani i w górnej części tchawicy. Przypominam sobie także przypadek brodawczaków na przedniej i bocznych ścianach tchawicy, z powodu których robiono tracheotomią w klinice Ziemssena w Monachium, poczem nowotwór usunięto przez ranę tracheotomijną. W jednym przypadku widziałem brodawczak uszypułkowany, w dole tchawicy na przerosłej błonie śluzowej usadowiony, który już i tak wytworzone zwężenie znacznie powiększał.

Mięsaki występować mogą uszypułkowane tak, że na oko za brodawczaki wziąć je można i dopiero badanie mikroskopijne sprawę wyjaśnia. Wtedy występują one gromadnie, najczęściej jednak nie rozsiane, lecz w jednej kępie. Innym razem występują one, jako nierówny, zrazowaty guz zwykle na tylnej ścianie usadowiony.

Miałem sposobność widzieć kilka przypadków tego rzadkiego wreszcie cierpienia. Pierwszy opisywałem w roczniku Akademii umiejętności za r. 1875 podług preparatu anatomicznego z tutejszego muzeum. Występował on w postaci kilku uszypułkowanych i kilku szerzej siedzących brodawczaków, które jedną tworzyły kępę na tylnej ścianie tchawicy. Drugi przypadek Schröttera, o którym zaraz poniżej wspomnę, przedstawiał guz zrazowaty, dość blady, z tylnej ściany tchawicy wychodzący. Podobny widziałem też raz w górnej części tchawicy; nie miałem go jednak sposobności operować, ani badać mikroskopijnie. W jednym przypadku w klinice Mikulicza, znajdowała się obok uszypułkowanych niby brodawczaków w głośni i pod nią kępa jakby skupionych brodawczaków na tylnej ścianie tchawicy o bladem zabarwieniu.

Leczenie może być tylko chirurgiczne; wszakże jedynie w przypadkach dość wysokiego usadowienia nowotworu kusić się można o usunięcie go drogą endolaryngealną i tu jednak usunięcie jego napotyka na znaczne trudności. Najwłaściwszem będzie dla dostępnych uszypułkowanych nowotworów użycie ostrych szczypczyków. Schrötter używał w przypadku mięsaka na tylnej ścianie tchawicy wstrzykiwań miąższowych z półtorachlorku żelaza. Właściwszem mojem zdaniem jest w tych razach zrobienie tracheotomii w celu dalszego leczenia chirurgicznego.

Nowotwory złośliwe, t. j. raki, przychodzą w tchawicy bardzo rzadko pierwotnie, częściej przechodzą one *per contiguitatem* z gardziela. Pomijam tu wpuklenie tylnej ściany tchawicy, jakie rak gardziela sprowadzić może; będzie o niem mowa przy ugnieceniu tchawicy od zewnątrz, tu zaś chcę przedstawić obraz raka tchawicy czy to pierwotnego, czy przechodzącego na nią z sąsiedztwa, który jednak rozpościera się już w jej błonie śluzowej. Znajdujemy tu zwykle wzniesienie na jednej ścianie tchawicy o powierzchni nierównej, zrazikowatej, czasem jakby ziarniną pokrytej; czasem widać na powierzchni tego wzniesienia tylko nierówne brzegi owrzodzenia i wtedy rozróżnienie od zwykłych owrzodzeń zwłaszcza kiłowych może być trudne; czasem widać grzybowate wyrośla z dna nacieku wychodzące, które do pomięszania z nowotworem łagodnym, uszypułkowanym dać mogą powód; wreszcie może naciek okrężnie obejmować światło tchawicy a wtedy łatwo go pomięszać ze zwykłym przerostem. Leczenie może tu być tylko chirurgiczne, jak o tem poniżej będzie mowa.

Zwężenia tchawicy skutkiem spraw chorobowych w jej sąsiedztwie polegają na ugnieceniu jej przez wytworzone obok niej guzy lub nacieki tkanek przyległych. Najczęstszą przyczynę takich zwężeń stanowi powiększenie gruczołu tarczykowego z jakiegokolwiek powodu. Tutaj należą różnego rodzaju wole, ropnie w gruczole tarczykowym, nowotwory tego gruczołu a mianowicie rak i t. p. Jako rzadkość wspomnieć tu musimy bąblowca (*echinococcus glandulae thyreoideae*). W drugim rzędzie wymienić winniśmy jako przyczynę ugniecenia tchawicy powiększenie gruczołów limfatycznych zwłaszcza głębszych, czy to na tle zapalnem czy przerosto-

wem czy nowotworowem powstałe (*lymphadenitis, tuberculosis, lymphoma, lymphosarcoma, carcinoma*). Wreszcie mogą ugniatać tchawicę i inne wytwory zapalne, zwłaszcza pod blaszką głębszą powięzi powierzchownej usadowione, albo też rozleglejsze nowotwory szyi. Z tyłu ugniatać ją mogą głębiej znajdujące się ropnie zapołykowe, zwłaszcza u dzieci, zaułki gardziela, nowotwory, osobliwie rak gardziela a wreszcie wpadłe do niego duże ciała obce. Do wyjątkowych wydarzeń zaliczyć należy ugniecenie tchawicy od tyłu przez gruczoł tarczykowy, który w swym rozroście objął ją od tyłu i w postaci guza wtłaczał jej tylną ścianę ku jej światłu (Schnitzler). Również do wyjątków należy, żeby zropiały gruczoł limfatyczny ugniatał od tyłu tchawicę.

W śródpiersiu ugniecenie tchawicy sprawić mogą wól podmostkowy, tętniak tętnicy głównej (wyjątkowo tętnicy bezimiennej), rak gardziela, powiększone gruczoły limfatyczne śródpiersia (rzadziej zropiałe, częściej nowotworowo zmienione), u dzieci powiększenie z jakiejbądź przyczyny grasicy a wreszcie wogóle nowotwory śródpiersia. Gruczoły oskrzelowe mogą ugniatać tak tchawicę jak i oskrzela główne. Podobnież i tętniak tętnicy głównej ugniata często obok tchawicy także i lewe oskrzele albo też tylko to ostatnie. Także i nowotwory śródpiersia mogą obok tchawicy albo i bez niej ugniatać główne oskrzela. Niektóre z tych spraw mogą sprowadzać także ugniecenie jednego lub obu nerwów krtaniowych dolnych, z czego pochodzi porażenie odpowiedniej grupy mięśniów krtaniowych. Wiadomo, że nerwy krtaniowe dolne zaopatrują mięśnie nalewkotarczykowe i nalewkoobrączkowe boczne i tylne (*mm. arythyreoidei, cricoarytaenoidei laterales et postici*); w porażeniu więc jednego z tych nerwów znajdziemy chrząstkę nalewkową i strunę głosową po jednej stronie, w porażeniu obu nerwów po obu stronach nieruchome. Wystąpienie takich porażeń obok zwężenia tchawicy w jej dolnej części albo obok zwężenia jednego oskrzela może nam dawać bardzo cenne wskazówki dyagnostyczne.

Zwężenie tchawicy przez wymienione sprawy chorobowe może występować pod różną formą stósownie do kształtu tworu ugniatającego. Jako formy typowe wymienić tu musimy: 1) Wpuklenie jednej ściany tchawicy na pewnym obszarze ku jej światłu w postaci okrągławego guza; bywa ono przy tworach okrągławych ugniatających z jednej strony tchawicę, jak n. p. tętniak tętnicy głównej, zaułek gardziela, rak gardziela i t. p. 2) Podobneż wpuklenie, ale na znaczniejszej przestrzeni a ztąd już nie guzowate, lecz obłego kształtu lub też w postaci jednostajnego wtłoczenia się jednej ściany, bywa przy guzach wydłużonych lub wogóle większych, uciskających podatniejszą część tchawicy, jak rak gardziela, wól, zwłaszcza z boku i z tyłu uciskający i t. p. 3) Zagięcie łukowate lub kątowate tchawicy, w którem bywa na szczycie zagięcia wtłoczenie ściany po stronie wklęsłej. Sprawiają je twory większe, uciskające wypukłością swą tchawicę na dość znacznej przestrzeni i to zwykle na mniej podatne jej ściany (z przodu i boku), jak to zdarza się we wolu, w większych nowotworach szyi i t. p. 4) Zgniecenie tchawicy z dwóch stron przeciwnych, najczęściej z obu boków tak, że przybiera ona postać płaskiej pochwy (tchawica szablasta). Zdarza się ono w tworach obejmujących i uciskających z obu stron tchawicę, jak mianowicie we wolu. 5) Ucisk ze wszystkich stron zwykle nie doprowadza do jednostajnie pierścieniowatego ściśnięcia tchawicy, lecz raczej sprowadza formy podobne do poprzednio opisanej, czasem dość nieregularne. 6) Obok tego znajdujemy nieraz zboczenia w przebiegu krtani i tchawicy w całości a często także okręcenie jej około własnej osi. Wszystkie opisane tu formy występować mogą nie tylko w różnym stopniu, tak jak wogóle stopień zwężenia może być rozmaity, ale nadto znajdujemy często kombinacyę form, jak n. p. małe wpuklenie jednej ściany obok niezupełnego spłaszczenia ściany jej przeciwległej, kątowate lub łukowate zagięcie tchawicy obok wtłoczenia ściany na wklęsłości łuku lub też i przypłaszczenia ze strony wypukłej i t. p.

Obok tych wszystkich form może być i okręcenie około osi lub też przesunięcie na bok. Przypominam sobie przypadek, który mi pokazywał prof. Obaliński w swym oddziele, gdzie z powodu mięsaka na szyi krtań i tchawica tak znacznie usunięte były na bok, że do tracheotomii prowadzić musiał cięcie obok mięśnia mostko obojczyko-sutkowego lewego. Każde ugniecenie tchawicy, jeżeli trwa dość długo, doprowadza do zwiotczenia jej chrząstek; stopniowo zanika tu tkanka chrząstkowa tak, że w końcu odpowiednia część tchawicy traci zupełnie swą niepodatność i sprężystość i przedstawia się jako ściana lub rura błoniasta. Łatwo pojąć, że, jeżeli połowa półpierścieni chrząstkowych dojdzie do zaniku, to druga połowa zbyt już jest płaską, by utrzymać światło tchawicy i tylko może się przyczynić do spłaszczenia jej ścian z dwóch stron, zamiast ściśnięcia ich pierścieniowego; w końcu jednak i ona zaniknie i cała tchawica będzie w odpowiedniej przestrzeni posiadać miękkie błoniaste ściany. Wiadomo chirurgom, jak o tem pamiętać należy podczas operacyi wola.

Twory ugniatające tchawicę działają przede wszystkiem na części sobie przyległe, t. j. wtłaczają przyległą ścianę ku wnętrzu tchawicy lub wyginają całą tchawicę w kierunku sobie przeciwnym. Może jednak się wydarzyć, że ucisk będzie przyczyną wtłoczenia ściany przeciwległej guzowi. Niedawno widziałem w oddziele prof. Obalińskiego przypadek, w którym dość duży guz wola znajdował się z przodu i strony prawej tchawicy i sprawiał dość znaczne zwężenie. Badanie laryngoskopijne wykazało ugniecenie ściany tchawicy od tyłu i strony lewej a więc wprost naprzeciw uciskającego guza. Fakt ten tak tylko wytłómaczyć można, ze guz wspomniany gniótł tchawicę ku tylnej części lewego (także powiększonego a przez to niepodatnego) płatu gruczołu; tchawica więc doznała ucisku od tego ostatniego w miejscu, w którem część jej błoniasta i końce półpierścieni chrząstkowych nie tak wielki stawiać mogły opór, jak części prawie środkowe tych półpierścieni tam, gdzie znajdował się guz wspomniany. Słuszności zapatrywania tego dowodzi ta okoliczność, że po wyjęciu owego guza oddech natychmiast stał się wyraźnie lżejszy. Wogóle najłatwiej wtłoczeniu ulega ściana tylna tchawicy jako najpodatniejsza bo błoniasta, najtrudniej zaś ściana przednia; tam bowiem środek łuków chrząstkowych na wzór sklepienia największy wytrzymuje ucisk. To też znajdujemy wtłoczenie ściany tylnej i ścian bocznych a nie znajdujemy zwykle guzowatego wtłoczenia ściany przedniej tchawicy; raczej można spotkać przypłaszczenie z przodu, skutkiem czego powstaje szpara eliptyczna poprzecznie lub nieco skośnie idąca. W skośnych szparach zazwyczaj bywa wpuklenie ściany z boku i tyłu a tylko przypłaszczenie z boku i przodu z przyczyn, które wy-

łuszczyłem we wspomnianym powyżej przypadku. Ugniecenie ścian bocznych, zwłaszcza skośne, częściej się wreszcie wydarza, niż wtłoczenie ściany tylnej, która stawia najmniejszy opór; przyczyna tego tkwi w tem, że daleko częściej sprawa chorobowa będąca przyczyną tego ugniecenia znajduje się z boku, aniżeli z tyłu tchawicy. Szpara poprzeczna polegająca na rozpłaszczeniu łuków obok zagięcia zwiotczałych ich końców także zdarza się znacznie rzadziej, niż szpara skośna albo z przodu w tył idąca. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. med. Karol Klecki,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

Gamaleïa, robiąc doświadczenia z mętwikiem (*vibrio*) Miecznikowa, wykazał, że śledziona ma także własność zabijania bakteryj; doświadczenia wykonywał jednak w ten sposób, że nie wiadomo, które składniki tego narządu były tu czynnikiem działającym. Śledzionę królika, świeżo wyłuszczoną i posiekaną, oblewał jadowitą hodowlą i pozostawiał przez 2—4 godzin w kąpieli wodnej w 37°; następnie mięszaninę tę przesączał, wyciągał wodą przekroploną i wyciąg ten wstrzykiwał myszom oraz świnkom morskim. Okazało się, że mieszanina ta nie miała żadnych toksycznych własności. Dla kontroli stawiał drugą porcyę tej samej mieszaniny na kąpieli wodnej w 60—80°; mieszanina ta działała na zwierzęta zabójczo. Tenże badacz stwierdził w podobny sposób własności antytoksyczne surowicy krwi.

Z drugiej strony krew wzięta z ustroju zakażonego może działać na inny prawidłowy ustrój mocno trująco; nawet krew ustroju niezakażonego a obfitująca w fermenty (np. krew wyciśniona z zupełnie świeżego łożyska bydlęcego i wstrzyknięta do żyły) może wywołać t. zw. zatrucie fermentowe (*Fermentintoxication*), jak to wykazał Koehler. Odnoszących się do tego doświadczeń mamy dotychczas bardzo mało.

Najwięcej doświadczeń nad własnościami trującemi krwi ustroju zakażonego robiono z tężcem (Arloing i Tripier, Rosenbach, Schulz, Billroth), gdyż w tej chorobie tak wybitnie toksycznej spodziewano się dobrych skutków; próby te wypadły jednak po większej części niepomyślnie; w poszczególnych tylko przypadkach (Nissen) udało się wywołać zatrucie surowicą krwi otrzymaną przed śmiercią lub też zaraz po śmierci chorych zakażonych tężcem.

Kitasato zatruwał myszy przesiękiem opłucnowym i krwią wziętą z serca bardzo świeżego trupa.

Kallmeyer powtórzył doświadczenia Nissena; wyników ich nie mógł jednakowoż potwierdzić.

Nissen wykonał następnie szereg doświadczeń z surowicą krwi ludzkiej, otrzymaną z chorych cierpiących na ostre sprawy ropne. Po przekonaniu się, że surowica prawidłowej krwi ludzkiej nie działa na myszy trująco, oraz przekonawszy się przez hodowle, że surowica krwi, wziętej z chorych ze sprawami ropnemi, nie zawiera drobnoustrojów, wstrzykiwał myszom do jamy brzusznej 1½—2 cm. tej surowicy. U wszystkich zwierząt wywołał zatrucie; podczas sekcyi znajdywał powiększenie śledziony, krwotoczne ogniska w płucach, surowicze i surowiczo krwawe wysięki w jamie opłucnej i otrzewnej; zapalenia otrzewnej jednak w żadnym przypadku wykazać nie mógł. Bakteryologiczne poszukiwania krwi i narządów padłych myszy dały wyniki ujemne.

Własności bakteryobójcze oraz imunizacyjne krwi, względnie surowicy krwi zwierząt z natury odpornych na pewne choroby zakaźne były przedmiotem wielu poszukiwań; wyniki badań rozmaitych autorów nie są jednak zgodne, co jest tem bardziej dziwne, że robiono doświadczenia na tych samych zwierzętach i przeważnie z jednym i tym samym zarazkiem, t. j. wąglikiem. Jak wiadomo, pies, biały szczur i żaba nie podlegają zakażeniu wąglikowemu; Ogata i Jasuhara hodowali t. z. wąglik myszy (t. j. tak osłabiony wąglik, że zabija myszy, ale nie zabija świnek morskich) na krwi lub surowicy krwi wymienionych zwierząt i osłabiali zarazek w ten sposób do tego stopnia, że zaszczepione nim myszy nie ginęły, lecz przechodziły tylko lekką chorobę. Imunizowanie tym zarazkiem nie udawało się. Zakażone jadowitym wąglikiem myszy mogli autorzy ci od śmierci uchronić przez wprowadzenie do ich ustroju przed zakażeniem lub bezpośrednio po niem krwi czy surowicy krwi zwierząt z natury odpornych; wystarczała do tego kropla krwi żaby lub ½ kropli surowicy psa. Podobne wyniki otrzymali w następowem leczeniu zakażonych wąglikiem świnek morskich i królików. Behring, później Hankine doszli do podobnych rezultatów; jadowite spory wąglika, zabijające myszy w przeciągu 18 godzin, nie wywoływały żadnych objawów chorobowych, jeżeli równocześnie wstrzyknięto w to samo miejsce 0·01—0·11 ctm. sz. surowicy szczura; jeżeli surowicę tę wstrzyknięto w inne miejsce, ginęły myszy, jednak znacznie później, aniżeli myszy, którym surowicy szczura zupełnie nie wstrzyknięto.

Paul, robiąc doświadczenia również z wąglikiem, doszedł do następujących wniosków: ustrój królika posiada w słabym stopniu własności bakteryobójcze względem wąglika; działanie to występuje mocniej po podskórnem wstrzyknięciu, aniżeli po wprowadzeniu jadu do obiegu krwi. Surowica królików działa mocniej poza naczyniami, aniżeli w naczyniach; wstrzyknięcie podskórne świnkom morskim surowicy królika lub gołębia wywołuje odporność; działanie bakteryobójcze surowicy królika polega na znacznej jej alkaliczności.

Mieczników i Roux otrzymali cokolwiek odmienne wyniki: stwierdzili okoliczność, że surowica krwi szczura *in vitro* zwalnia lub nawet zupełnie powstrzymuje rozrost wąglika; że po zaszczepieniu myszy zawiesiną spor wąglika w surowicy szczura, śmierć myszy następuje znacznie później aniżeli po zwykłem zakażeniu, po zakażeniu zaś zawiesiną laseczników wąglika w surowicy szczura objawy chorobowe zupełnie nie występują. Autorzy ci zaprzeczają jednak temu, że szczur biały jest z natury odpornym na zakażenie wąglikiem, gdyż w przeważnej liczbie doświadczeń udało im się wywołać to zakażenie. Co się zaś tyczy zwierząt, których odporność wrodzona na wąglik nie ulega wątpliwości, t. j. psa i żaby, wykrył Enderlen, że surowica psa własności imunizacyjnych nie posiada (obserwacyę tę potwierdzają Mieczników, Roux i Petermann), Rudenko zaś wykazał to samo dla surowicy żabiej.

Lazarus i Weyl robili doświadczenia nad odpornością kur przeciwko wąglikowi; doszli do wniosku, że odporność taka istnieje, że jest wrodzoną, że jednak surowica krwi ani kurcząt ani kur własności leczniczych nie posiada.

Ogata i Jasuhara imunizowali myszy przeciwko posocznicy mysiej przez zastrzyknięcie kropli krwi świnki morskiej; mieli również dobre wyniki lecznicze, jeżeli kuracyę rozpoczęli najpóźniej w 3 godziny po zakażeniu (świnki morskie i kury są z natury odporne na posocznicę mysią); imunizowali również wróble i gołębie na posocznicę mysią wstrzykiwaniem krwi kurzej; ścisłość badań tych jednak bardzo zakwestyonował Petermann.

Babes znalazł, że limfa żabia osłabia znacznie jad wścieklizny (żaba jest z natury odporną na ten jad); imunizował z dobrym skutkiem psy, używając rdzenia psów padłych na wściekliznę, który pozostawiał przez 1—24 dni w worku limfatycznym żaby.

Wreszcie próbowano używać w celach leczniczych w kile (przymiocie) surowicy zwierząt, które, jak wiadomo, zakażeniu temu nie podlegają. Tomasolli wstrzykiwał w okresie wtór-

nym surowicę jagnięcą i ogłosił zupełnie dobre skutki tej terapii. Kollmann, powtarzając doświadczenia Tomasollego, używał surowicy baraniej, cielęcej, psiej i króliczej; rozpoczynał on jednak (w dwu przypadkach) wstrzykiwania surowicy w okresie pierwszym; terapia ta bynajmniej nie uchroniła chorych od wystąpienia objawów wtórnych; wówczas Kollmann stósował zwykłą terapię rtęciową; w trzecim przypadku stósował w okresie wtórnym wstrzykiwania surowicy, leczenie to nie dało jednak i tutaj skutków zadawalających; rozpoczął więc kuracyę zwykłą, która i w tym przypadku nie zawiodła.

Z doświadczeń tych wynika więc, że przez wprowadzenie do ustroju zwierząt, podlegających pewnej chorobie zakaźnej, krwi lub surowicy krwi zwierząt z natury na daną chorobę odpornych, nie można ani wywołać odporności, ani też w razie poprzedniego zakażenia ich wyleczyć. — Doświadczenia wykazały, że zwierzęta odporne z natury na pewną chorobę zakaźną można zakazić właściwemi bakteryami; trzeba tylko wprowadzić do ustroju dostateczną ich ilość. — Zakażenie, powstające drogą naturalną, różni się oczywiście od zakażenia sztucznego; pierwszemu może dany ustrój oprzeć się dzięki wrodzonej odporności, drugiemu podlega, gdyż stopień czy siła odporności może się okazać wobec sztucznie wywołanych warunków niedostateczną. Jeżli przyjmiemy, że odporność wrodzona polega na pewnych własnościach krwi (czy surowicy), w której istnieją czy powstają w pewnych warunkach istoty antytoksyczne, łatwo wytłómaczyć sobie możemy, dlaczego krwią z natury odpornych zwierząt ani imunizować ani leczyć nie możemy: w krwi odpornego zwierzęcia istoty te mogą się mieścić w dostatecznej ilości, zwłaszcza jeśli zakażenie następuje drogą naturalną; te ilości zaś krwi czy surowicy, które przeszczepiamy do ustroju, mającego być imunizowanym czy leczonym, mogą nie zawierać tyle substancyj antytoksycznych, by mogło wystąpić ich działanie. Odporność wrodzona jest więc własnością, której dany ustrój możemy sztucznie pozbawić; odporność tę możemy przeto uważać za stósunkowo słabą w porównaniu z odpornością nabytą: imunizując systematycznie zwierzę na pewną chorobę zakaźną, możemy doprowadzić dany ustrój do tego, że ostatecznie znosi bez najmniejszego odczynu kolosalne ilości jadu; stopień imunizacyi czyli siła odporności nabytej zależy od nas, gdyż u większej liczby zwierząt, jak to dotychczasowe doświadczenia wykazały, postępując odpowiednio, stopień czy siłę tę coraz bardziej powiększać możemy. To też doświadczenia zasadnicze dla t. zw. terapii surowiczej oraz późniejsze doświadczenia w tym względzie robiono ze zwierzętami o odporności nabytej sztucznie tym lub owym sposobem.

Pierwszych doświadczeń dokonali prawie równocześnie Behring z laseczników błonicy oraz Kitasato z laseczników tężca: badacze ci wykryli zupełnie niezależnie od siebie, że odporność nabyta polega na własnościach antytoksycznych osocza krwi; złączyli się więc w celu wspólnych poszukiwań i wykonawszy szereg dalszych doświadczeń z tężcem, ogłosili w końcu 1890 r. następujące wyniki: krew królików z nabytą odpornością na tężec posiada własność niszczenia jadu tężcowego; własność tę można wykazać w krwi wypuszczonej z ustroju oraz w surowicy otrzymanej z niej, nie zawierającej ciałek krwi. Własność ta jest tak trwałą, że nie zanika po wprowadzeniu krwi do ustroju innego zwierzęcia; można więc przez transfuzyę takiej krwi czy surowicy uzyskać wybitne lecznicze skutki. Własności niszczenia jadu tężcowego nie można wykazać we krwi zwierząt, które nie są odporne na ten jad; po wprowadzeniu jadu do ustroju zwierząt nieodpornych, można go wykazać nawet po śmierci zwierzęcia w jego krwi oraz innych płynach. Doświadczenia, na których autorzy już przytoczone wnioski opierali, przeprowadzono w następujący sposób: surowicę otrzymywano z królika zaimunizowanego jadowitą hodowlą do tego stopnia, że znosił bez odczynu wstrzyknięcie 10 ctm. sz. hodowli, której śmiertelna dawka wynosiła 0·5 ctm. sz; królik ten znosił również bez odczynu dwudziestokrotną dawkę śmiertelną jadu tężcowego. Sześciu myszom wstrzyknęli autorzy po 0·2 ctm. sz. surowicy odpornego królika do jamy brzusznej i po 24 godzinach zakazili je jadowitą hodowlą; wszystkie myszy pozostały przy życiu, wszystkie zaś do kontroli służące (nie imunizowane) padły po 48 godzinach na zakażenie tężcowe. Własności antytoksyczne surowicy stwierdzili autorzy następującą drogą: operowali przesączoną (nie zawierającą laseczników) hodowlą, której dawka śmiertelna dla myszy wynosiła 0·00005 ctm. sz., sprowadzając śmierć po 4—5 dniach; zmięszano 5 ctm. sz. surowicy odpornego królika z 1 ctm. jadu tego i po 24 godzinach zaszczepiono 4 myszom po 0·2 tej mieszaniny; wszystkie myszy pozostały przy życiu; zniosły więc dawkę przeszło 600 razy większą od dawki śmiertelnej. Wszystkie te myszy zachowały odporność na tężec przez czas dłuższy, gdyż znosiły bez odczynu wielokrotne szczepienia jadowitemi hodowlami. Po wstrzyknięciu surowicy odpornego królika do jamy brzusznej zakażonych myszy następowało wyleczenie nawet w tych przypadkach, w których objawy tężcowe na kilku kończynach już wystąpiły; zazwyczaj padają myszy w kilka godzin po wystąpieniu tych objawów; pod wpływem wstrzykiwań surowicy królika myszy powracały do zdrowia. Podobne doświadczenia robili później Behring i Wernicke z laseczników błonicy; zarówno wyniki imunizacyjne jakoteż lecznicze były bardzo dobre; im później rozpoczynano kuracyę zakażonego zwierzęcia, tem więcej surowicy potrzeba było wprowadzić do jego ustroju.

Surowica zwierząt odpornych, do której dodano 0·5% kwasu karbolowego, przechowywana nawet bez osobnych ostrożności nie podlega gniciu i nie traci własności imunizacyjnych w przeciągu kilku miesięcy (Behring i Frank); dodanie wody przekroplonej do takiej surowicy nie wywiera wpływu na jej siłę imunizacyjną, ogrzanie zaś do 65° pozbawia surowicę własności imunizujących. Autorzy ci są zdania, że, jeżeli leczenie surowicą rozpoczęto bezpośrednio po zakażeniu, należy je uważać jeszcze za imunizacyę; do leczenia właściwego, t. j. rozpoczętego wówczas, gdy charakterystyczne objawy chorobowe już wystąpiły, potrzeba znacznie większych ilości surowicy, aniżeli do imunizacyi.

Prof. Ogata z Tokio przypisuje sobie i Jasuharze pierwszeństwo odkrycia przytoczonych powyżej własności imunizacyjnych oraz leczniczych surowicy krwi. Ogata robił jednak doświadczenia z krwią zwierząt z natury odpornych (białego szczura, psa, żaby) na zarazek wąglika i rezultaty doświadczeń tych zostały przez innych badaczy później obalone; nie były one zresztą w swoim rodzaju jedyne i co najwięcej, mogły naprowadzić Behringa i Kitasatę na myśl przeprowadzenia tych doświadczeń, na których opiera się cała dotychczasowa terapia surowicza.

Babes i Lepp w instytucie Pasteura wykonali cały szereg doświadczeń imunizacyjnych i leczniczych z jadem wścieklizny; okazało się, że krew zwierząt odpornych zarówno *in vitro* niszczyła ten jad, jako też wprowadzona do ustroju psów zdrowych chroniła ich od następowego zakażenia. Wyniki lecznicze nie były jednak świetne: w najlepszym razie uzyskiwano nieznaczne opóźnienie wybuchu wścieklizny. Skutki otrzymane przez Tizzoniego i Centanniego są znacznie lepsze; nie tylko krew i surowica krwi psów odpornych na wściekliznę, ale ciało otrzymane z płynów tych przez wydzielenie wyskokiem niszczyły jad *in vitro*, nadawały się dobrze do imunizowania innych psów oraz do leczenia ich po zakażeniu sztucznem.

G. i K. Klempererzy imunizowali i leczyli z dobrym skutkiem króliki na chorobę septyczną, wywołaną przez pneumokoki (króliki, jak wiadomo, bardzo łatwo temu zakażeniu podlegają) surowicą królików, u których wywołali znaczną odporność na działanie pneumokoków. Stósowali również z dobrym skutkiem w celach leczniczych u królików, zakażonych pneumokokami, surowicę krwi ludzkiej, otrzymaną przez puszczenie krwi podczas przesilenia się zapalenia płuc.

Podobne wyniki otrzymał F. Klemperer podczas badaniu posocznicy mysiej. Króliki nie podlegają zupełnie ogólnemu działaniu tych laseczników, zabijających białe my-

szy w bardzo krótkim czasie. Pomimo tej wrodzonej odporności królików surowica ich niema na myszy ani imunizującego ani leczniczego działania. Po zaszczepieniu królikom w ucho laseczników posocznicy mysiej występuje w miejscu zaszczepienia rychło przemijające zapalenie; powtórne zakażenie miejscowe zazwyczaj już się nie udaje; również wstrzyknięcie podskórne lub do żyły wiadomych laseczników, uchrania zwierzęta od następowo wywoływanego zakażenia miejscowego. Surowicą w ten sposób imunizowanych królików sprowadzał F. Klemperer zupełnie wyleczenie myszy nawet wówczas, gdy rozpoczynał kuracyą (po 0·5—1 ctm. sz. surowicy) w 24 godziny po zakażeniu, t. j. gdy myszy już siedziały nieruchomo z zaklejonemi oczyma. W jednym przypadku wyleczył zakażoną mysz, rozpocząwszy kuracyą w 48 godzin po zakażeniu. W doświadczeniach imunizacyjnych występowała odporność już w 24 godzinach po pierwszem wstrzyknięciu króliczej surowicy. Nabyta w ten sposób odporność myszy chroniła je zarazem i od zatrucia przesączonemi hodowlami posocznicy mysiej, które u innych zwierząt wywoływały zazwyczaj ciężkie objawy chorobowe (drgawki). G. Klemperer imunizował przeciwko cholerze azyatyckiej świnki morskie surowicą królików z nabytą odpornością. Króliki znacznie łatwiej podlegają temu zakażeniu, aniżeli świnki morskie; imunizował je czterokrotnem wstrzykiwaniem do żyły w 2-dniowych odstępach 3 ctm. sz. hodowli ogrzanej przez 2 godziny do 70°. W 3 dni po ostatniej injekcyi występowała u królików odporność na cholerę a surowica ich wstrzyknięta w ilości 2 ctm. sz. do jamy brzusznej świnek morskich, uchraniała te ostatnie od działania śmiertelnych dawek jadowitych hodowli. Imunizacya świnek tą drogą udawała się tylko w tych przypadkach, w których wstrzykiwania surowicy rozpoczęto przynajmniej na 3 godziny przed zakażeniem. Wstrzykiwania surowicy króliczej, rozpoczęte równocześnie z zakażeniem świnek lub też w jakiś czas po zakażeniu opóźniały tylko wybuch choroby, nie mogły jednak uchronić zwierząt od niej. (C. d. n.)

Patologia.

P. A. Baratynskij: O działaniu chloroformu na barwę i wymianę gazów w krwi krążącej.

Rozmaici badacze starali się poznać wpływ chloroformu na krew studyując działanie jego przeważnie na krwi z ustroju wypuszczonej. I tak Nussbaum twierdzi, że chloroform nie daje z składnikami krwi żadnych związków a tylko łączy się z nią mechanicznie. Binz mniema, że chloroform działa li tylko na krew wypuszczoną a do krążącej udaje się jako do biernego przenośnika; podobnego zdania są Nothnagel i Rossbach. Bonwecz [1]) zaś dowiódł, że krew zmięszana z chloroformem, w porównaniu z prawidłową, powolniej ulega działaniu środków odkwaszających. Schmiedeberg chciał ustanowić teoryę chemiczną działania chloroformu, opartą na łączeniu się jego z barwikiem krwi; później jednak mówi w swoim podręczniku, że w żywym ustroju nie możemy wykazać tych zmian.

Baratynskij zajął się tem pytaniem za pomocą doświadczeń na psach i żabach w ten sposób, że te ostatnie dawał pod klosz z gąbką napojoną chloroformem. Krew brał do badania albo z serca albo z łapki zwierzęcia. Psy dla doświadczenia przytwierdzano do deski i chloroformowano przez rurkę tracheotomijną; w pewnym stadyum narkozy brał autor krew z tętnicy szyjnej. Zmiany w zabarwieniu rozpoznawano w małych rurkach odczynnikowych a dla oznaczenia małej różnicy w barwie pomagał sobie szklannemi komorami, których ścianki oddalone były na 1—2 milimetrów. Baratynskij chcąc się dowiedzieć, czy zmiana zabarwienia idzie ręka w rękę z utrudnieniem wymiany gazów, używał kwasu węglowego i tlenu, naśladując w ten sposób wymianę gazów w ustroju. Gazy te przepuszczano przez badaną porcyę krwi z gazometru równym strumieniem i przez czas dokładnie oznaczany. Do przerzeczonego badania, jak również do wykazania połączenia chloroformu z krwią, używał autor spektroskopu. Do odkwaszenia zaś używał odczynnika Stoksa (składającego się z kwasu winowego, siarkanu żelazawego i amoniaku w nadmiarze), przyczem zwracał głównie uwagę na czas redukcyi, który obliczał od chwili nalania odczynnika do wystąpienia widma hemoglobiny.

Biorąc krew z tej samej żaby lub psa przed i po chloroformowaniu, spostrzegał zmianę w zabarwieniu; krew chloroformowana była ciemniejszą, od żylnej zaś różniła się więcej barwą ciemno-brunatną. Później przepuszczając kwas węglowy lub tlen spostrzegł, że krew zawierająca chloroform opierała się działaniu tych gazów dłużej niż prawidłowa, w której zmiany następowały rychlej.

Badając zaś widmem równocześnie krew prawidłową i chloroformowaną, poddawaną działaniu odczynnika Stoksa, widział Baratynskij, że odkwaszanie we krwi chloroformowanej odbywało się powolniej i widmo jej było więcej przesunięte w prawo, ku linii E.

Z tego autor wnosi, że w krążącej krwi zachodzą następujące objawy: 1) zmiana barwy, 2) utrudnienie wymiany gazów i 3) przesunięcie się linij widmowych w prawo. Z tego więc wypada, że chloroform w ustroju wchodzi w związek z hemoglobiną, trwalszy niż tlenowe jej połączenie (O Hb). (*Wracz, Nr. 45 i 46, 1892, s. 1133 i 1166*).

Dr. W. Sobierański (z Marburga).

Uffelmann (Rostok) Wpływ zimna na lasecznik cholery.

Autor, korzystając z tęgiego mrozu, panującego w styczniu r. b., wystawił na próbę odporność laseczników cholery na zimno. W tym celu zakażał przecinkowcem Kocha wodę wyjałowioną, bulion i ziemię i wystawiał je na otwartem powietrzu w ogrodzie, bądź w rurkach odczynnikowych, bądź w miseczkach, zasłoniętych deską przed bezpośredniem działaniem promieni słonecznych, na działanie mrozu. Codziennie badano żywotność zamrożonych prątków, przenosząc je na żelatynę; odwilżano jednak przy tej manipulacyi tylko nieznaczną cząstkę zlodowaciałej wody czy pożywki lub zmarzłej ziemi. Wyniki badań tych były następujące: laseczniki pozostawały przy życiu w lodzie przez 5 dni w temperaturze od — 4,9° do — 15,5°; w innym szeregu doświadczeń przetrzymały laseczniki cholery zimno — 24,8°. Zimno zabija bakterye te, ale dopiero po upływie pewnego czasu, zależnego zresztą od stopnia mrozu; w każdym razie w lodzie, zwłaszcza świeżym, mogą one żyć przynajmniej przez kilka dni. — *Berl. Klin. Woch. 1893. Nr. 7.* *K. Klecki.*

Higiena.

Cronberg: O desinfekcyi ścian.

W ostatnich czasach w celu dezinfekcyonowania ścian w mieszkaniach używano mechanicznego sposobu wycierania ich chlebem, bo zmywanie roztworem sublimatu okazało się po części w praktyce nie do przeprowadzenia a częściowo zdrowiu szkodliwem. W zakładzie higienicznym w Rostoku podjął C. doświadczenia, o ile nadają się do desinfekcyi różne materyały jak gąbka, ircha, guma a opis doświadczeń podaje w Archiv. f. Hygiene. Postępował on w sposób następujący: Różne rodzaje obić i ścian (pomalowanych farbami klejowemi i olejnemi) pomazywał zawiesinami w wodzie hodowli *Staphylococcus aureus* a po wyschnięciu ścierał te ściany starannie zmoczonymi nieco wyżej wymienionymi materyałami. Następnie uskrobawszy nieco powłoki ze ściany napuszczał nią płytkę żelatynową. Wynik tych badań był ten, że z pomiędzy wyż wymienionych materyałów gąbka jest najlepszym materyałem desinfekcyjnym. Mianowicie obicia stawały się przy jej użyciu jałowemi lub prawie jałowemi; nie tak korzystnym był wynik w obec ścian pomalowanych farbami olejnemi lub klejowemi. Ircha i guma okazały się niepewniejszemi. C. zaleca więc używanie obok chleba gąbki mającej przed chlebem tę zaletę, że się nie kruszy i że nic z niej na ścianach nie pozostaje. Desinfekcyjne jej działanie możnaby może jeszcze przez to zwiększyć, że do

[1]) Bonwetsch: Ueb. den Einfluss verschiedener Stoffe auf die Umsetzung des Sauerstoffs im Blute. Dorpat 1886.

nieznacznego jej zwilżania, którego potrzeba, używaćby można roztworu sublimatu. Po użyciu można gąbkę łatwo wyjałowić, wysuszyć i jest ona potem znów do użycia przydatną. — (*Monatsblatt f. oeff. Gesundheitspflege 1893 Nr. 2.*)

D. K. Gr.

Choroby skórne i weneryczne.

Bidder: O leczeniu oparzeń tyolem.

Zadanie lecznicze w oparzeniach różnego stopnia może tylko na tem polegać, ażeby unikać wszelkiego drażnienia a szczególnie zewnętrznego zakażenia uszkodzonych tkanek, by fizyologiczne oddziaływanie przytykających tkanek mogło się przyczyniać bez przeszkody do gojenia się rany.

Według doświadczeń autora spełnia to zadanie wybornie tyol, należący do mniej nasiarczonych węgleków wodu. Tyol znajduje się w handlu w dwojakiej postaci: najpierw jako tyol płynny i powtóre jako tyol suchy, proszek brunatny, który się w wodzie bardzo łatwo rozpuszcza. Lek ten działa odtleniająco, wysuszająco, ścieśnia naczynia, rogowacieje, ból koi, nigdy nie drażni a jednak powstrzymuje rozwój pewnych zakaźnych ustrojów, o ile się zdaje, najbardziej różnych odmian streptokoków. W oparzeniach pierwszego jak i drugiego stopnia, jeżeli bąble jeszcze są całe, nie potrzeba nic więcej, jak tylko miejsca zgorzelinowe i ich otoczenie zapędzelkować tyolem płynnym równo wodą roztworzonym i wszystko pokryć dosyć grubą warstwą zwykłej, delikatnej, nie odtłuszczonej waty. — Opaska służy do przytwierdzenia waty i t. d. Pod tą oprawą znika ból rychle i wśród miłego uczucia ustępuje wkrótce przekrwienie czynne.

Treść bąbli zgorzelinowych częścią bywa wessana, częścią zasycha i po tygodniu podnosi się ją razem z opatrzeniem jako masę szklistą, podobną do bursztynu, od skóry właściwej, która w tym czasie już się pokryła cienką warstwą przyskórka, przeto jest już zupełnie sucha. Jeżeli już robiono szkodliwe próby lecznicze i oparzeliny tudzież bąble zgorzelinowe zniszczono, to chodzi o to, ażeby oparzelinę, o ile możności, jak najlepiej odwietrzyć i potem w powyżej opisany sposób opatrzeć. — Również i w tych przypadkach, jeżeli oparzeliny są świeże, nie należy ścian bąbli obcinać, tylko miejsca oparzone wraz z ich otoczeniem opłókać słabym roztworem sublimatu, zapędzlować tyolem płynnym, pokryć watą i obwinąć opaską. Natomiast w dawniejszych zaniedbanych przypadkach, gdzie się tylko znajdują resztki bąbli lub gdzie w nich już ciecz ropiasta prześwieca, lepiej uczynimy, jeżeli powłokę pęcherza obetniemy i odsłonimy skórę właściwą.

Po opłókaniu wszystkiego, pędzelkuje się powierzchnią rany i jej otoczenie płynnym tyolem lub posypuje nieco proszkiem czystego kwasu salicylowego albo borowego i na to daje się tyol suchy pokrywając wszystko watą. Właściwość tyolu, ból uśmierzająca, okazuje się szczególnie pożyteczną w oparzeniach trzeciego stopnia; to też i w tych przypadkach, gdzie użycie tyolu suchego jest wskazane, należy po dokonaniu odwietrzenia w sposób powyżej podany założyć opatrzenie. (*Centralbl. f. Chir. 1892. 42.*)

Dr. Skobel.

E. Welander: Badania w przedmiocie wchłaniania i wydalania rtęci podczas wcierania szaruchy.

Na podstawie wielu doświadczeń, tyczących się wchłaniania rtęci przez ustrój ludzki, przychodzi Welander do wniosku, że w równych zresztą warunkach ilość wchłanianej rtęci jest o wiele stosunkowo większą w pomazywaniu skóry rtęcią (*Aufstreichung*), niż we wcieraniach systematycznych, w których wciera się dokładnie całą ilość. Wypływa ztąd wskazanie, aby podczas każdego wcierania pomazywać skórę maścią w ilości równającej się dawce użytej do wcierania.

Miarą wchłaniania rtęci jest ilość jej z ustroju różnemi drogami wydalana podczas jej używania. Autor, opierając się na metodzie Almensa, zmodyfikowanej przez Schillberga (zob.: Linden: Untersuchungen über die Resorption und Elimination des Quecksilbers. *Archiv. f. Dermat. und Syph. Ergänzungsheft II. pag. 183*), ocenia ilość tę z ilości rtęci w moczu, przedstawiającej się większą lub mniejszą ilością i wielkością kuleczek rtęciowych w badaniu drobnowidowem (metoda dotąd zawiła). Metoda ta nie daje ścisłego oznaczenia ilości wydzielonej rtęci, lecz pozwala na ocenienie jej przyrostu lub zmniejszenia się. Autor opierając się na tem przystąpił do szeregu doświadczeń, z których przychodzi do następujących wniosków.

I. Wcierania.

1. Skład maści obok tej samej ilości rtęci (tłuszcz wieprzowy, lanolina, mydło rtęciowe etc.) nie ma na wchłanianie rtęci wybitnego wpływu; nieznacznie ma podwyższać wchłanianie lanolina; również nie ma wpływu okoliczność, czy wcierki stósuje się gołą ręką, czy przez rękawiczki lub zapomocą przyrządu szklanego (Ziemssen).

2. Skład wody do kąpieli używanych w czasie wcierań nie wpływa również widocznie na wchłanianie rtęci (autor stósował w wielu przypadkach kąpiele ciepłe, parowe, błotne, morskie, słone, siarczane), również obojętnem jest, czy wcieranie następuje bezpośrednio po kąpieli, czy też dopiero w kilka godzin po niej.

3. Podczas wcierań ulega wessaniu rtęć dwojaką drogą: *a*) przez skórę drogą gruczołów łojowych i potnych, *b*) przez parowanie i to przez skórę (?) i błony śluzowe dróg oddechowych. Co do *a*) Jako dowód przytacza autor 9 przypadków, w których przez miesiąc stósował wcierki po 4—6 gramów rtęci przez pół godziny, potem bezpośrednio kąpiel, przyczem następowało dość znaczne wchłanianie rtęci tylko za pośrednictwem gruczołów skórnych.

Co do *b)* Za wchłanianiem rtęci przez pomazywanie przemawiają: α) zapalenie jamy ust swoiste a względnie dość znaczna ilość rtęci w moczu u osób zdrowych, mieszkających razem z chorymi, leczonymi wcieraniami; β) znaczna ilość wydzielonej rtęci po jednorazowem nasmarowaniu nie za małej ilości rtęci przeciw mędoweszkom; γ) obecność rtęci w moczu u ludzi robiących drugim wcierki, nawet za pomocą kuli szklannej lub ręką pokrytą rękawiczką.

II. Pomazywanie.

Że same pomazywania skóry rtęcią sprowadzają bardzo znaczną resorbcyę rtęci, dowodzi tego 130 przypadków blizko przez miesiąc przez autora obserwowanych, w których tenże powołuje się na 500 przeszło badań, wykazujących znaczną ilość rtęci w moczu. (Aby jednak odeprzeć zarzut, że w tych przypadkach nastąpiło wessanie rtęci przez skórę drogą tarcia się jej ciągłego o bieliznę lub posłanie, podjął autor kilka dalszych doświadczeń, usuwających tę ostatnią możliwość. Mianowicie rozsmarował 4 gramy szaruchy (1:2 lanoliny) na płótnie wywoskowanem i obwinął niem na noc część skóry, dając na wierzch opaskę lnianą, rano zdejmował płótno, kontrolując, czy się na skórę co rtęci nie dostało). Doświadczenia te potwierdziły w zupełności powyższe wyniki.

W dalszym ciągu wykazują doświadczenia autora, że na wchłanianie rtęci podczas pomazywań wpływa wybitnie jednostajna, dość znaczna ciepłota zewnętrzna.

Co do wielkości dawki maści przy pomazywaniu, to ta nie wpływa w sposób widoczny na wchłanianie. Chodzi głównie o to, aby powierzchnia skóry była dokładnie maścią pokryta. Autor stósował od 6—10 gramów bez widocznego wpływu na wchłanianie.

Wreszcie następują doświadczenia wykazujące, że w równych zresztą okolicznościach wchłanianie rtęci podczas samych tylko pomazywań jest o wiele znaczniejszem niż podczas samych wcierań (po wcierce zaraz kąpiel); że dalej pomazanie dodane do wcierania powiększa o wiele resorbcyę w porównaniu do samego wcierania i że na odwrót wcieranie z następowem pomazaniem nie zwiększa wybitnie resorbcyi w porównaniu z samem pomazaniem. (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis. z. I, rok 1893*).

Dr. Tadeusz Mayzel.

Notatki terapeutyczne.

Fournier w Paryżu zaleca do przepisywania jodu dla osób z wybrednem podniebieniem formułkę:

31) Rp. *Kalii jodati* 25·00
Anisette de Bordeaux 150.00
Syr. simplicis 350·00

Łyżka stołowa tej mięszaniny zawiera gram jodku potasu.

J. Eisenschitz zadaje tran rybi w celu poprawienia smaku według przepisów następujących:

32) Rp. *Olei jecoris aselli* 100·00
Saccharini puri
Aetheris acetici
āā 0·20

lub

33) Rp. *Olei jecoris aselli* 100·00
Saccharini puri
Aetheris acetici
āā 0·20
Olei menthae piperitae guttas 2
(lub *olei cinnamomi guttam*)

Sacharyna powinna być bardzo czysta. (*Les nouveaux remèdes. 5. 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Zdanie sprawy Towarzystwa ginekologicznego w Krakowie za rok 1892.

Walne zgromadzenie Członków dnia 31. stycznia 1893 roku.

Przewodniczący Prof. Dr. M. Madurowicz. — Obecnych członków 12.

I. Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia.

II. Członkowie Wydziału składali zdania sprawy roczne w następnjącym porządku:

1. Kol. Braun jako sekretarz naukowy zaznacza, że rok 1892 był bardzo korzystny w rozwoju Towarzystwa, bo nie tylko Towarzystwo zyskało większą liczbę członków tak czynnych jak i korespondentów, ale i zainteresowanie się członków sprawami naukowemi Towarzystwa było żywsze i większe, niż w dwóch latach poprzednich. Wystarczy wspomnieć, że w ubiegłym roku odbyło Towarzystwo 13 posiedzeń, z których było 12 ściśle naukowych a jedno administracyjne, gdy w roku 1891 było 8 posiedzeń w ciągu całego roku, z tego 7 naukowych a jedno administracyjne. Przejrzawszy nadto szereg ciekawych odczytów i toczących się nad nimi dyskusyj, można śmiało powiedzieć, że Towarzystwo coraz więcej się rozwija i będzie się rozwijało nadal ku pożytkowi nauki i członków Towarzystwa, jeżeli członkowie zechcą i nadal popierać gorliwie czynności Towarzystwa.

Odczyty mieli w ciągu roku:

1. Kol. Jordan: „Uwagi nad postępowaniem lekarza w przypadkach łożyska przedującego."

2. Kol. Harajewicz: *a*) *Abortus protractus* leczony elektrycznością.

b) O leczeniu rozmiękczenia kości u położnic przez wytrzebienie.

3. Kol. Kośmiński: *a*) Przypadek uwięźnięcia macicy ciężarnej z następowemi zmianami w pęcherzu moczowym.

b) Przypadek uwięźnięcia łożyska i wydobycia go z następowem rozwinięciem się zapalenia wewnątrz macicznego gnilnego (*endometritis septica*).

c) Przypadek znacznego obrażenia części rodnych zewnętrznych u ciężarnej.

4. Kol. Mars: Przypadek wady sercowej powikłanej ciążą.

5. Kol. Rosner: *a*) Włókniaki i ciąża.

b) Przypadek cięcia cesarskiego z powodu guza miednicy.

Przedstawiali chore i okazy anatomiczne:

1. Kol. Browicz: *a*) preparat, w którym trąbka lewa zrosła z macicą a w środku prawej trąbki był ubytek;

b) preparat pęcherza moczowego zmieniony z powodu uwięźnięcia macicy ciężarnej,

c) preparat, w którym z powodu zapalenia ropnego wewnątrz w dnie macicy wytworzyła się fragmentacya mięśnia sercowego.

2. Kol. Cercha: *a*) chorą, u której z powodu rozmiękczenia kości dokonano z pomyślnym skutkiem wytrzebienia;

b) preparat macicy i pęcherza moczowego, w którym za życia oddzieliła się warstwa środkowa od zewnętrznej z powodu uwięźnięcia macicy ciężarnej;

3. Kol. Kośmiński: *a*) chorą, u której po znacznych skaleczeniach części rodnych zewnętrznych dokonano z pomyślnym skutkiem perineoplastyki.

4. Kol. Mars: preparat *endometritis tuberosopolyposa* u ciężarnej.

5. Kol. Obaliński: preparat torbielaka jajnikowego powikłanego gruźlicą otrzewnej i obustronnym otokiem ropnym trąbki macicznej (*pyosalpinx*).

6. Kol. Rosner: kobietę ciężarną z *fibroma molluscum* łechtaczki.

7. Kol. Rydygier: *a*) macicę dotkniętą rakiem części pochwowej i równocześnie włókniakiem dna macicy.

b) macicę wydobytą przez histeromiomektomią.

8. Kol. Wiszniewski: dziewczynkę ośmiomiesięczną, u której obok zrośnięcia warg mniejszych jest zarośnięcie pochwy.

Na jednem z posiedzeń naukowych roztrząsano niektóre kwestye sporne z zakresu położnictwa w celu uwzględnienia ich w podręczniku dla akuszerek, który ma wydać Prof. Dr. Jordan.

Między sprawami administracyjnemi poruszono kwestyę składek na pomnik dla śp. Prof. Karola Brauna i Semmelweissa, nadto sprawę zjazdu międzynarodowego lekarskiego w Rzymie.

2. Kol. Mars, jako sekretarz administracyjny, wykazuje, że wydano rocznik Towarzystwa za rok 1891 i rozesłano wszystkim dziennikom lekarskim polskim i Członkom Towarzystwa. Lista Członków czynnych wynosiła 21 a członków korespondentów, którzy złożyli wkładkę, było 9.

3. Kol. Kohn, jako podskarbi, złożył sprawozdanie z majątku Towarzystwa.

4. Kol. Przewodniczący zawiadamia o przedwczesnym zgonie śp. Dra Kazimierza Godlewskiego, członka korespondenta Towarzystwa i wzywa obecnych, aby cieniom zmarłego kolegi oddano cześć przez powstanie.

5. Na rok bieżący wybrano przez aklamacyę:

1) na wniosek kol. Brauna prezesem Towarzystwa Prof. Dra M. Madurowicza;

2) na wniosek kol. Marsa wiceprezesem Prof. Dra Henr Jordana;

3) sekretarzem administracyjnym Prof. Dra A. Marsa;

4) sekretarzem naukowym Doc. Dra St. Brauna;

5) podskarbim Dra M. Kohna.

6. Kol. Mars i Cercha proponują Dra Nowaka na członka czynnego a Dra Misiewicza z Łodzi na członka korespondenta Towarzystwa.

7. Na wniosek kol. Marsa wyrażono kol. Nowakowi podziękowanie za prowadzenie dotychczas protokołu podczas posiedzeń Towarzystwa.

8. Kol. Braun wnosi, aby za przykładem innych Towarzystw ginekologicznych umieszczać w *Centralblatt für Gynaekologie* krótkie sprawozdania z posiedzeń Towarzystwa. W dyskusyi nad tym wnioskiem zabiera głos kol. Kohn i wnosi, by przesłać także roczniki z poprzednich lat. Kol. Przewodniczący radzi posyłać sprawozdanie do Przegl. lek., zkąd może *Centralblatt* przedrukować. Kol. Mars jest za wnioskiem kol. Brauna, bo przez to mogą prace wyszłe z Towarzystwa przejść do literatur obcych. Kol. Cercha jest też za wnioskiem i radzi posyłać zdanie sprawy treściwe.

Wniosek kol. Brauna przyjęto z poprawką kol. Kohna, by raz na miesiąc posyłano zdanie sprawy.

9. Kol. Mars zawiadamia, że zawiązało się kółko literackie, mające na celu wzajemne zapoznawanie się z pracami nowszemi z dziedziny ginekologii zapomocą zdań sprawy robionych

przez członków z wyszłych prac naukowych. Na pierwszem posiedzeniu tego Kółka wnieśli kol. Przewodniczący i Jordan, by Kółko przyłączyć do Towarzystwa ginekologicznego, w którem odbywałyby się posiedzenia naukowe i literackie, na którychby odczytywano referaty, ale bez następującej dyskusyi. Kol. Przewodniczący jest zdania, że dyskusya pewna nad referatami kwalifikującemi się do Przegl. lek. odbywać się powinna. Kol. Zoll wnosi, by Kółko jako takie wcielić do Towarzystwa. Kol. Rosner zaznacza, że prawnie Kółka nie można jako takiego przyłączyć do Towarzystwa. Postanowiono, aby w miejsce odrębnego kółka Towarzystwo odbywało odtąd posiedzenia naukowe i literackie.

Na wniosek kol. Przewodniczącego wybrano Komisyę złożoną z koll. Marsa, Cerchy i Rosnera, którzy mają ułożyć program, jak i kiedy mają się odbywać podobne posiedzenia.

10. Na wniosek kol. Rosnera wypłacono służącemu z pracowni Prof. A. Marsa kwotę 3 złr. jako wynagrodzenie za usługi podczas posiedzeń Towarzystwa.

V. Wiadomości bieżące.

— N. Pan postanowieniem z dnia 7. lutego b. r. zezwolił na budowę nowego gmachu uniwersyteckiego w Krakowie, stanąć mającego na gruncie szpitala św. Łazarza od strony Grzegórzek a przeznaczonego dla anatomii patologicznej, patologii ogólnej, fizyologii, farmakologii i medycyny sądowej. Budowa rozpocząć się ma niebawem, przez co zaspokoi się jedna z najnaglejszych potrzeb Wydziału lekarskiego w Krakowie.

— We Lwowie i Poznaniu zastanawiają się nad tem, czyby siódmego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich zapowiedzianego na rok 1894 do Poznania nie odbyć wyjątkowo we Lwowie a to z powodu wystawy krajowej tamże właśnie odbywać się mającej.

— Na wakującą katedrę newropatologii w instytucie klinicznym W. Księżny Heleny Pawłowny w Petersburgu przedstawiło kolegium nauczycielskie Dra Józefa Moczutkowskiego z Odesy.

— W roku bieżącym miewają tak, jak w latach zeszłych, docenci prywatni wojenno-lekarskiej Akademii w Petersburgu odczyty publiczne, z których dochód przeznaczony jest na wsparcie ubogich chorych wychodzących z klinik tejże Akademii. — Pierwszy wykład miał Dr. Erlicki o niedorzecznych ideach u obłąkanych a drugi Dr. Lipski o walce z cholerą. Na obydwóch było bardzo wiele publiczności.

— Właściciel dóbr ziemskich, J. W. Tarnowski, ofiarował uniwersytetowi kijowskiemu 10000 rubli, od których procent dwuletni przeznacza się na nagrodę za najlepszą pracę naukową z zakresu patologii chorób zakaźnych.

— Między kandydatami proponowanymi na członków korespondentów krajowych Akademii lekarskiej w Paryżu znajduje się Dr. Jabłoński z Poitiers.

— Burmistrz miasta Bielska na Szląsku austryackim rozpisuje konkurs na posadę lekarza ordynującego (prymaryusza) i pomocniczego (sekundaryusza) w nowym tamecznym szpitalu miejskim. Kandydaci muszą być narodowości niemieckiej a nie wymaga się od nich znajomości żadnego języka słowiańskiego, mianowicie polskiego, lecz oświadcza się tylko, iż ta znajomość jest pożądana. Jeżeli przeto otrzymają te posady kandydaci nie umiejący po polsku, to porozumiewać się będą ze znaczną liczbą chorych chyba na migi lub przez tłómacza.

— W dniu 13. b. m. rozpoczęła w Dreźnie swe obrady międzynarodowa konferencya przeciwcholeryczna zwołana z inicyatywy rządu austro-węgierskiego.

— Tegoroczny, z rzędu 65. zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Norymberdze od 11. do 15. września.

— Profesor patologii ogólnej i anatomii patologicznej w Dorpacie, Thoma, podał się do dymisyi.

— Znany bakteryolog, prof. Miecznikow, obecnie czynny w instytucie Pasteurowskim w Paryżu, otrzymał od rządu francuskiego za swe prace naukowe order legii honorowej.

— Na opróżnioną przez prof. O. Kahlera katedrę patologii i terapii szczegółowej w uniwersytecie wiedeńskim przedstawiło kolegium profesorskie trzech kandydatów w porządku następującym: 1) prof. Erba z Heidelbergu, 2) prof. Naunyna ze Strasburga i 3) prof. Jakscha z Pragi.

— Dr. Mayer w Bawaryi badał u 2000 uczniów wpływ pisma na sposób siedzenia i przekonał się, że na 100 piszących prostopadle 55 siedziało właściwie, na 100 zaś piszących ukośnie 95 siedziało w sposób szkodliwy. Ztąd wnosi, że w celu zapobiegania skrzywieniom stosu kręgowego należy wprowadzać do szkół pisanie prostopadłe.

— W dniach 12., 13. i 14. września r. b. odbędzie się w Chicago walne zgromadzenie amerykańskiego towarzystwa elektroterapeutycznego. Dla lekarzy obcych chcących wziąć udział w tem zgromadzeniu zachowano miejsca w hotelach po zgłoszeniu się zawczasu do sekretarza Dra Stautona w Chicago, 3537 Indiana Avenue.

— Jednego z lekarzy luksemburskich skazał sąd wyższy tamtejszy za zdradzenie tajemnicy lekarskiej w kilku przypadkach ginekologicznych na 14 dni więzienia, grzywnę w kwocie 200 franków i 8000 franków wynagrodzenia za szkodę.

— Firma Charles Truax, Greene et Co. 75/77 Wabash Avenue w Chicago urządza na czas wystawy tamże w b. r. odbyć się mającej biuro wywiadowcze wyłącznie do użytku lekarzy, którzy mogą z niego korzystać całkiem bezpłatnie.

— **Nekrologia**. Zmarli: w Warszawie Dr. Tadeusz Kośmiński w 25. roku życia, w Tarnowie Dr. Witold Kaczkowski w 32. roku życia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 22-go marca b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) kol prof. Obaliński przedstawi chorego po cholecystotomii; 2) kol. Tyszkiewicz będzie mówić o krwawicy i przedstawi przypadek z chorobą Adisona z oddziału kol. prof. Pareńskiego; 3) kol. Ponikło pokaże hodowle i preparaty prątka tężcowego (*tetanus*).

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **W. z K.** Po zasięgnięciu zdania kolegów najlepiej poinformowanych odpowiadamy na zapytania Sz. kolegi jak następuje:

Co do 1) Do odrażania rąk po zbadaniu chorych, jeżeli nie chce się sublimatu, użyć najlepiej roztworu 3% kwasu karbolowego lub 2% lizolu.

Co do 2) Błękit metylenowy chemicznie czysty jest chlorkiem czworometylotioniny $C_{16} H_{18} N_3 SCl + 3H_2O$; wytwór zaś używany w handlu jest to sól podwójna wymienionego co właśnie chlorku z chlorkiem cynku. Pioktanin błękitny czyli fiolet metylowy *(pyoctaninum coeruleum)* znajdujący sią w handlu jest mięszaniną sześcio- pięcio- i czworometylopararozaniliny. Chemicznie czysty fiolet metylowy jest czystą sześciometylopararozaniliną; im więcej znajduje się jej w danym produkcie, tem jest on lepszy pod względem barwierskim.

Co do 3) Roztwór Bieta (*solutio Bietti*) jest płynem zawierającym arsen jako *ammonium arsenicosum* a mianowicie w 100 częściach zawiera jednę część kwasu arsenawego. W zastósowaniu terapeutycznem równa się *solutio arsenicalis Fowleri*.

Co do 4) Podręcznika chirurgii prof. Rydygiera dostanie w Krakowie u Autora i w księgarni p. S. Krzyżanowskiego, w Warszawie w księgarni pp. Gebethnera i Wolffa.

Co do 5) Bardzo dobrem i najnowszem dziełem w przedmiocie patologii i terapii szczegółowej w języku francuskim jest: Traité de médecine publié sous la rédaction de MM. Charcot, Bouchardat et Brissaud. Paris. G. Masson 1892. Dzieło zbiorowe. Tomów sześć. — Jeszcze nie wyszły wszystkie. Można nabyć całe dzieło albo tomy osobno. Cena subskrypcyjna wynosi 165 franków a tom po 28 franków mniej więcej.

Wny Dr. **I. R. we L.** Odpowiedzieliśmy listownie.

Wny Dr. **O. w W.** (w Bawaryi). Umieścimy wkrótce. Prosimy o dokładny adres.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 291/93. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza dla ustanowionego reskryptem wys. Wydziału krajowego z dnia 9. sierpnia 1892 l. 38180 okręgu sanitarnego z siedzibą w Bohorodczanach obejmującego 11 gmin z ludnością 22911.

Płaca roczna 500 złr. (1000 koron) zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 zlr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7 ustawy z dnia 2. lutego 1891, Nr. 17 dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego, z przedłożeniem metryki urodzenia;
2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) nieskazitelny charakter;
4) znajomość języków krajowych;
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 15. kwietnia 1893.

Bohorodczany dnia 3. marca 1893.

31–3–2 Prezes: *Józef Szeliński.*

L. 101. KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 7. lutego 1893 L. 6564 rozpisuje się konkurs na posadę prymaryusza oddziału kiłowo-skórnego dla kobiet, przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej czasowej przywiązaną jest płaca o rocznych 1200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:
a) wiek, stan i miejsce urodzenia;
b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich, albo doktora medycyny i chirurgii na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya i praktykę szpitalną w dziale chorób kiłowych i skórnych;
c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 30. marca 1893 na ręce Dyrekcyi szpitala krajowego we Lwowie bezpośrednio lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

We Lwowie, d. 15. lutego 1893 (28—4—4)

KONKURS.

Celem obsadzenia posady drugiego lekarza miejskiego przy Urzędzie miejskim król. woln. miasta Lubaczowa rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 1 go kwietnia 1893. Pierwszeństwo mają pp. lekarze wszech nauk lekarskich, którzy wykażą się dwuletnią praktyką.

Płaca roczna 300 złr. w. a.

Do obowiązku lekarza miejskiego należą oprócz bezpłatnego leczenia ubogich także oględziny ciał zmarłych, tudzież oględziny bydła i mięsa.

W miejscu znajduje się c. k. Sąd powiatowy, c. k. Urząd podatkowy tudzież stacya kolejowa.

Lubaczów dnia 3. marca 1893 r.

32—2—2 *Szydłowski*, burmistrz.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 25. Marca 1893. Nr. 12.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Zniekształcenie źrenicy, przy nierównomiernem jej oddziaływaniu.

Opisał

Dr. med. Br. Ziemiński,

Ordynator Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

Objawy źreniczne odgrywają ważną rolę w semiotyce chorób układu nerwowego. Liczne badania, podjęte przez okulistów i newropatologów w drugiej połowie bieżącego stulecia, wykazały niemałą wartość rozpoznawczą przynajmniej takich objawów ocznych, jakiemi są zwężenie i nierówność źrenic a zwłaszcza brak ich zwrotnej ruchomości (odrętwienie zwrotne, objaw Argyll-Robertsona, *reflectorische Pupillenstarre*). Lecz ściśle rzeczy biorąc, dochodzi się niebawem do wniosku, iż mimo olbrzymiego materyału klinicznego, jaki zdołano nagromadzić, zboczeń czynnościowych tęczówki dotąd wszechstronnie nie zbadano. Przeto niewątpliwie pożądanym jest każdy przyczynek, mogący wykazać odrębność cech pewnych objawów źrenicznych w pewnych chorobach lub w pewnej grupie chorób układu nerwowego.

Tym razem mam na celu dokładniejsze omówienie jednego z nader mało znanych zboczeń ruchowych tęczówki a na podstawie kilkoletnich badań osobistych i osobiście zebranych wyników statystycznych, zamierzam bliżej określić znaczenie tego objawu w rozpoznawaniu niektórych chorób nerwowych.

Prawie w samym środku [1]) tęczówki znajduje się otwór, zwany źrenicą; ma on postać zazwyczaj okrągłą, czasem w tym lub owym kierunku nieco spłaszczoną, owalną. Przy średniej szerokości źrenicy, otaczający ją rąbek tęczówki (brzeg źreniczny) tworzy nie właściwa tęczówka (stanowiąca główną istotę tej błony), lecz wyłączna warstwa tęczówki, tak zw. błona barwikowa — Nieraz widać dokładnie, że źrenica jest jakby obrąbkiem czarnym otoczona; najwyraźniej dostrzega się to w oczach z bardzo jasną tęczówką, zwłaszcza gdy źrenica zabielona jest zaćmą. Brzeg źreniczny nie bywa zwykle zupełnie gładki, ale okazuje pewne z ą b k o w a n i e, co staje się najwidoczniejszem, gdy źrenica dochodzi do największego stopnia zwężenia (*miosis*), jak to się dzieje po zapuszczeniu do oka ezeryny lub innego *mioticum* [1]).

Średnica otworu źrenicznego zmienia się r ó w n o m i e r n i e przy każdym ze znanych odruchów i współruchów tęczówki.

Umyślnie podałem tych kilka szczegółów, napotykanych w warunkach prawidłowych, aby ułatwić zrozumienie dalszego opisu i dobitniej zaznaczyć znamienne cechy chorobowe objawu, którym poniżej zajmę uwagę czytelnika.

Klinicy francuzcy pierwsi, śmiało rzec można, zrozumieli całą doniosłość badania wejrzenia źrenicy; stąd też w dziełach francuskiej szkoły lekarskiej, śród wielu cennych spostrzeżeń nad różnemi zboczeniami, co do oddziaływania i co do postaci źrenicy, spotykamy pierwszą wzmiankę o zniekształceniu źrenicy i n i e r ó w n o m i e r n e m o d d z i a ł y w a n i u r ó ż n y c h w y c i n k ó w t ę c z ó w k i. Zrazu nie nadawano znaczenia temu spostrzeżeniu, z czasem poszło ono w zapomnienie, aż Austin i Mobèche ponownie zwrócili uwagę na to szczególne wejrzenie źrenicy i zaakcentowali jego obecność w pewnych groźniejszych zboczeniach w układzie nerwowym. Wówczas i niemieccy newropatolodzy, jak Moeli i Salgo, poświęcili krótkie wzmianki temu przedmiotowi.

[1]) Zbacza nieco ku dołowi i na wewnątrz tam, gdzie przechodzi oś wzrokowa gałki ocznej.

[1]) W ogóle w zwężeniu źrenicy tylna część tęczówki wypukla się ku przodowi przez otwór źreniczny, przednia zaś część przesuwa się ku obwodowi — odśrodkowo (w stósunku do środka źrenicy). Natomiast w rozszerzeniu się źrenicy tylna część cofa się a przednia zsuwa się w kierunku dośrodkowym (ku środkowi źrenicy).

Cecha, znamionująca omawiany objaw chorobowy polega na zboczeniu źrenicy od prawidłowej postaci: źrenica staje się nieprawidłowo wielokątną — kątowatą [1]). To zniekształcenie zarysu źrenicznego występuje, mimo, iż brak jest jakichkolwiek przeszkód mechanicznych w czynności tęczówki, mimo, że źrenica jest „zupełnie wolną". W takiej postaci źrenica bywa zwykle zwężona lub średnio szeroka. Postać kątowata uwydatnia się tem bardziej, im znaczniejsze jest zwężenie (*miosis*). Co ważniejsza, w przeważnej części przypadków źrenica jest wrażliwą na światło a już prawie zawsze oddziaływa na zbieżność (konwergencyę) osi ócz i na nastawienie (akomodacyę); bezwzględna nieruchomość należy tu do wyjątków. Zazwyczaj cały objaw występuje jasno, gdy oglądamy źrenicę w świetle dziennem; niekiedy jednak, w przypadkach wątpliwych, należy uciec się do badania w ciemni: gdy nagle oświetlimy dno oka za pomocą wziernika, zaznaczy się nieprawidłowy zarys tęczówki dobitnie na tle czerwonawo oświetlonem. Jeżeli źrenica jest szeroka, co tu rzadko się zdarza, uwydatnić można objaw zniekształcenia źrenicy, zwęziwszy ją sztucznie za pomocą jednego z miotyków. Objaw, w mowie będący, można zwykle stwierdzić po obu stronach. Wreszcie ta nieprawidłowa postać źrenicy nie bywa stale jednaką; zdaje się, jakby nie zawsze też same włókna w tęczówce działały opieszale: widocznie niema się tu do czynienia z prawdziwem i zupełnem porażeniem rozmaitych włókien mięśniowych, lecz zachodzi tu pewna nierównomierność, nieprawidłowość i szybka zmienność w unerwieniu tęczówki.

Przejdźmy teraz do opisu wyniku naszych badań nad związkiem tego objawu ze stanem ogólnym zdrowia pacyentów.

Od roku 1884 po rok 1893 miałem sposobność ściślejszego spostrzegania 207 przypadków objawu, o którym mowa. Podaję jedynie przypadki, które przez czas dłuższy (co najmniej kilkomiesięczny) poddawano badaniu tak ocznemu, jako też i newropatologicznemu. Z pośród 207 badanych pacyentów (184 mężczyzn i 23 kobiet) u 168 (158 mężczyzn i 10 kobiet) stwierdzono niewątpliwe objawy bezwładu postępującego (zanik mózgu postępujący, ogłupienie porażne — *paralysis universalis progressiva*), 15 cierpiało na groźne skutki przewlekłego zatrucia ustroju wyskokiem, z objawami t. zw. bezwładu alkoholowego, 2 dotkniętych było bezwładem postępującym, sprowadzanym przez zatrucie ołowiem, 1 miał wyraźną epilepsyę, 5 ciężką postać neurastenii, 3 ciężkie postaci histeryi. W pozostałych 13 przypadkach (6 mężczyzn i 7 kobiet — wiek najstarszego z pacyentów tej kategoryi wynosił nie więcej nad lat 38 życia) zdołano po dłuższej obserwacyi odpowiednich chorych wykazać bezwład postępujący, powikłany w 7 przypadkach z objawami wiądu rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*), w 2 z objawami kurczowego porażenia rdzenia (*paralysis spinalis spastica*), wreszcie w 4 ze stwardnieniem mózgordzeniowem rozsianem (*sclérose en plaques du cerveau et de la moelle épinière*).

W dziewięcioletnim niemal okresie czasu, w którym ściśle zwracałem uwagę na obecność objawu zniekształcenia źrenicy obok nierównomiernego jej oddziaływania, spostrzegałem znacznie większą liczbę przypadków tego rodzaju, aniżeli owe 207, które objąłem powyższem zestawieniem statystycznem; tu uwzględniłem li tylko takich pacyentów, których mogłem spostrzegać przez dłuższy przeciąg czasu; przekonałem się bowiem, iż nawet najbardziej wyrobionym, najwybitniejszym newropatologom rozpoznanie niewątpliwe a trafne bezwładu ogólnego nastręcza w licznych przypadkach wiele trudności, które często może pokonać tylko dłuższe spostrzeganie chorego. Bezwład postępujący jest pod względem anatomicznym jednolitszą postacią chorobową, aniżeli pod względem klinicznym.

Przeważna część pacyentów, o których mowa, znajdowała się w mojej obserwacyi przez rok czasu z górą a wielu i przez lat 2 a nawet więcej. U dziewięciu pacyentów — wszystko to były ciężkie postacie różnych zboczeń w układzie nerwowym — mimo, że tych chorych wielokrotnie w dłuższych odstępach czasu badano [1]), nie udało się wykazać obok w mowie będącego objawu źrenicznego oznak postępującego zaniku mózgu. Natomiast co do pozostałych 198 przypadków, stwierdzono stanowczo, iż zniekształcenie zrenicy wystąpiło u osób, u których albo równocześnie już istniały różnorodne objawy bezwładu postępującego albo też w przypadkach, w których dalsza obserwacya pozwoliła rozpoznać niewątpliwie taki bezwład. O ile ze spostrzeganej przezemnie seryi przypadków wnosić wolno, orzec mogę, iż w mowie będący objaw źreniczny należy do wczesnych objawów postępującego zaniku mózgu; nader często daje się on spostrzegać w t. z. *stadium praemonitorium* (Sander). Z czasem objaw ten o tyle modyfikuje się, iż źrenice, pierwotnie równie szerokie po obu stronach, dosyć nagle okazują się wydatnie nierównemi; przy tem źrenica szersza oddziaływa leniwiej na bodźce swoiste, aż wreszcie traci wrażliwość na światło.

W wymienionej liczbie chorych dostrzegłem wyraźną nierówność źrenic w 103 przypadkach, w których istniały niewątpliwe objawy rozwiniętego zaniku mózgu. Zniekształcenie źrenicy, powikłane z brakiem zwrotnej ruchomości (objaw Argylla-Robertsona), było w dziewięciu przypadkach: w 7 po obu stronach, w 2 zaś tylko w oku lewem (u jednego z tych pacyentów stwierdziłem bezwzględną nieruchomość źrenicy prawej na wszelkie bodźce swoiste); badanie wziernikowe tych przypadków wykazało u sześciu pacyentów obustronny zanik nerwu wzrokowego, u trzech pozostałych wnętrze oka było zupełnie prawidłowe.

Zaznaczyć muszę, iż we wszystkich wspomnianych przypadkach źrenica była najzupełniej wolna; brak było jakichbądź przyczepów tęczówki do tkanek sąsiednich, w polu źrenicznem nie było śladu wysięku [2]). W ogóle, prócz 17 przypadków kiłowego zapalenia głębszych błon oka (*Chorioretinitis specifica*) tudzież 11 przypadków porażeń mięśniów, poruszających gałkę oczną oraz sześciu wyżej podanych przypadków zaniku nerwu wzrokowego, w oczach tych pacyentów nie dało się stwierdzić żadnych zboczeń chorobowych, mogących pozostawać w związku z omawianym objawem źrenicznym.

Jeżeli wyżej podaliśmy, iż na 207 przypadków zniekształcenia źrenicy obok nierówno-

[1]) Nazwę „źrenica ząbkowana" uważam za niewłaściwą; powyżej bowiem zaznaczyłem, że już w stanie fizyologicznym istnieje pewien stopień ząbkowania brzegu źrenicznego.

[1]) Jeden przypadek najkrócej, bo tylko przez okres czasu siedmiomiesięczny — był to przypadek histeryi.

[2]) Tego rodzaju przypadków umyślnie nie pomieściłem w swoim wykazie statystycznym, chcąc uniknąć wszelkiej możliwości błędu w obserwacyi i w należytem rozpoznaniu.

miernego jej oddziaływania 198 razy stwierdzono postępujący bezwład ogólny, to wynik ten nie będzie raził, skoro bliżej poznajomimy się i dokładniej rozpatrzymy główne oznaki tego objawu oraz wspólność znamiennych cech owego objawu w zestawieniu z charakterystycznemi objawami postępującego zaniku mózgu.

W rzeczy samej, omawiane zboczenie ruchowe w tęczówce pozostaje w nader blizkim związku pokrewieństwa ze zboczeniami ruchowemi, cechującemi bezwład ogólny.

Żadna ze spraw chorobowych mózgu nie wykazuje tego rodzaju objawów zagłady, jak te, które napotyka się w ogłupieniu porażnem. Pominąwszy ostateczny obraz postępującego bezwładu, ów wybitnie porażny okres końcowy, w którym klinicznie okazuje się sprawa, dogorywająca w rdzeniu i doprowadzająca do zagłady pierwiastki ruchowe w substancyi korowej, stanowczo rzec można, iż zboczenia ruchowe, w zaniku mózgu, nie noszą piętna porażeń lub niedowładu i one to właśnie stanowią cechę rozpoznawczą postępującej sprawy zanikowej. Wiadomo, że podstawę bezwładu postępującego stanowi sprawa chorobowa, która nie niszczy wszystkich pierwocin danej części kory, przeto na czas dłuższy pozostają przewodniki i komórki dla wszelkich kojarzeń, czynność jest wprawdzie utrudnioną, lecz nie zniesioną, jak w ogniskowych cierpieniach mózgu. Ztąd też charakterystycznym dla tej choroby nie jest bezwład, który później przyłączyć się może, lecz jedynie zboczenie w ruchach i to bardziej skomplikowanych. Widać tu cały rozstrój: raz pewne braki, innym razem pewien nadmiar, pewną zbyteczność — w ogólności niesprawność, nierównomierność i niepewność działania mechanizmu korowego. A przecież te cechy zboczenia ruchowego znamionują właśnie zboczenie w ruchach tęczówki, zboczenie, na którem polega rozważany przez nas objaw źreniczny. Albowiem w zasadzie, w rozpatrywanem tu zniekształceniu źrenicy utrzymuje się ruchliwość tęczówki, lecz te ruchy są nieprawidłowe, nierównomierne a cała czynność tęczówki chroma, jest chwiejna i nacechowana szczególną niepewnością. W znacznej bądź co bądź seryi przypadków, zestawionych w tej pracy, dostrzeżono zaledwie nieliczne okazy braku ruchomości zwrotnej a tylko jedno oko wykazywało bezwzględną nieruchomość w obec bodźców swoistych dla źrenicy.

Zarówno, jak znamienne zboczenia ruchowe w postępującym zaniku mózgu, tak też i zniekształcenie nierównomiernie oddziaływającej źrenicy zdaje się, że jest pochodzenia korowego. Kora mózgu jest jednym z najprzedniejszych ośrodków ruchowych, ona to stanowi ośrodkowy punkt wyjścia dla wszelkich spraw ruchowych w ustroju. Wreszcie stwierdzono doświadczeniem, iż przez drażnienie przeróżnych okolic kory mózgowej już słabemi prądami wywołuje się zmiany w wymiarach źrenicy.

Na zakończenie, wysnuwając wniosek praktyczny z powyższego opisu, zaznaczmy, że w obec tego, iż nierówność źrenic — częsty zwiastun, a jeszcze częstszy towarzysz postępującego bezwładu — nie stanowi, jak wiadomo, oznaki ściśle znamionującej i niewątpliwie rozpoznawczej dla tej sprawy chorobowej [1]: przeto należałoby na przyszłość, zwłaszcza w napotykanych nieraz wątpliwych przypadkach tak groźnej choroby zwracać baczniejszą uwagę na obecność objawu zniekształcenia źrenicy nierównomiernie oddziaływającej, objawu, który jest niechybną oznaką poważnych zboczeń w układzie nerwowym a w przeważnej liczbie przypadków zapowiedzią rozwijającego się zaniku mózgu.

[1]) Nierówność źrenic można też stwierdzić w przypadkach kiły mózgu, tudzież wiądu rdzenia pacierzowego. Ten objaw nerwowy zwrotny, zdaje się, że polega na pewnych dotąd niezupełnie ściśle określonych zboczeniach w spółczulnym układzie nerwowym. Nierówność źrenic (*anisocoria*) zazwyczaj daje się też spostrzegać w wielu chorobach, którym towarzyszą zboczenia w ogólnym stanie ustroju, w wielu chorobach ściśle umiejscowionych, zwłaszcza po jednej stronie ciała, jak to nieraz zdarza się w zapaleniu płuc dławcowem i przewlekłem nieżytowem, w zapaleniu opłucny, dalej w kolce nerkowej, wreszcie chorobach serca, tętniakach tętnicy głównej i t. p.

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11.)

Przypady duszności zwężeniom tego rodzaju odpowiadające są te same, któreśmy wyżej opisali. Badanie laryngoskopijne wykaże nam jedną z powyżej opisanych form zwężenia. Zobaczymy tu zatem w razie ugniecenia jednej ściany guz okrągły lub podłużny, wtłaczający się a stósownie do tego światło tchawicy w kształcie szpary półksiężycowej. Guz taki łatwo można pomięszać z guzem nowotworowym; zwykle jednak od pomyłek uchronią chrząstki tchawicy, które, jeżeli nie na całym guzie, to przynajmniej na początku jego wypukłości, bywają wyraźne. Najłatwiej o tę pomyłkę w razie wtłoczenia tylnej ściany. W ugnieceniu z obu stron, t. j. w spłaszczeniu tchawicy widzieć będziemy szparę eliptyczną, najczęściej skośnie, rzadziej prosto z przodu w tył a najrzadziej poprzecznie lub prawie poprzecznie przebiegającą. W bardzo znacznem spłaszczeniu szpara zamiast eliptycznego przybierze kształt szczelinowy. Zagięcie tchawicy kątowate lub łukowate cechuje się w obrazie tem, że jedna ściana skośnie przebiega, jakby na dłuższej przestrzeni wgiętą była jednostajnie ku światłu, przez co bardzo łatwo w oko wpada, gdy druga ściana odchylając się od pionu niknie przed okiem naszem. Zwykle uda się ją dojrzeć dopiero przy skośnem ustawieniem zwierciadełka, uciśnięciu całej tchawicy ku stronie wklęsłej lub nachyleniu głowy chorego na stronę wypukłości łuku. Nieraz też trudno jest tu zobaczyć miejsce największego zwężenia, które się chowa przed okiem po stronie wypukłości łuku. Wydaje się ono wreszcie dla oka węższem, niż jest w istocie z powodu skośnego swego położenia. Okręcenie koło osi tchawicy zdradza się już skośnem ustawieniem głośni; nie można zaś o niem sądzić ze skośności szpary zwężenia, gdyż, jak wyżej podano, samo ugniecenie najczęściej wytwarza skośną szparę.

O przyczynie ugniecenia tchawicy można sądzić z dokładnego obejrzenia i obmacania szyi, fizycznego badania klatki piersiowej i t. p. W niektórych jednak razach nie wykażemy na tej drodze żadnej przyczyny albo wreszcie znajdziemy przyczynę do wytłómaczenia danego zwężenia niedostateczną. — To też należy już z samego obrazu laryngoskopijnego wysnuwać pewne wnioski, które zestawione z wynikiem badania szyi, klatki piersiowej, gardzieli i t. p.

mogą dopiero dać podstawę do rozpoznania przyczyny zwężenia. W tej mierze podnieść muszę co następuje: obrazów charakterystycznych ściśle dla pewnych tworów ugniatających tchawicę niema, ale mimo to umiejscowienie i forma zwężenia a czasem wystąpienie jego obok innych objawów, pozwala często domyśleć się przyczyny ugniecenia lub rozpoznać ją nawet napewno. I tak wpuklenie tylnej ściany tchawicy, czy to w postaci okrągłego guza, czy też podłużne na większej przestrzeni, każe nam przede wszystkiem myśleć o raku gardziela, który sprawia nieraz tego rodzaju ugniecenie. Najczęściej zdarza się to nad samym podziałem tchawicy, bo też i rak gardziela najczęściej się rozwija na wysokości tego podziału. Samo wpuklenie tylnej ściany tchawicy, do póki nowotwór na nią samą jeszcze nie przeszedł, cechuje się gładką powierzchnią; zwykle jednak dość szybko nowotwór na nią przechodzi, tak że i w gładkich wpukleniach przejścia tego wykluczyć nie można. Jeżeli jednak powierzchnia wyniosłości rzeczonej okaże się nierówną, zrazikowatą lub owrzodziałą, wtedy już niema wątpliwości, że rozwija się rak w samej tchawicy. Wpuklenie guzowate można pomięszać z włókniakiem, mięsakiem lub kilakiem na tylnej ścianie; pierwszy jednak należy do rzadkości, drugi też bardzo rzadki okazuje, jak już podano, zwykle zrazikowatą powierzchnię albo bywa podobny do brodawczaków. Wreszcie mięsaki, którem tu widział, wszystkie były dość bladej barwy, gdy wpuklona tylna ściana zachowuje swą zwykłą barwę. Kilakowi towarzyszą zwykle inne objawy, jak obrzmienie w sąsiedztwie, owrzodzenie a czasem blizny po przebytych wrzodach kiłowych. W pewnych jednak razach pomyłka byłaby możebną, podobnie jak między rakiem a wrzodami kiłowemi tchawicy. Wtłoczenie więcej podłużne dać może powód do pomięszania z przerostem błony śluzowej; jak jednak już wyżej wspomniano, nie zwykł on występować na samej tylnej ścianie a wreszcie przechodząc zwykle na sąsiednie ściany, zwraca się wklęsłością ku światłu tchawicy.

Jeżeli wpuklenie tylnej ściany tchawicy towarzyszy zwężeniu gardziela, wtedy rozpoznanie zyskuje więcej o jedną i to ważną podstawę; zwężenie jednak gardziela wcale nie jest konieczne; rak rozwijający się na przedniej jego ścianie może dość znacznie wpuklać się w tchawicę, zanim gardziel znacznie ścieśni. Czasem zwężenie gardziela przychodzi dopiero później. Ważnem jest też zachowanie się nerwów krtaniowych dolnych. Biegną one, jak wiadomo, w rowkach, jakie wytwarzają się pomiędzy tchawicą a gardzielem; nic więc dziwnego, że w raku rozwijającym się na przedniej ścianie gardziela i przechodzącym na tylną ścianę tchawicy bardzo łatwo mogą być przezeń zajęte. To też wystąpienie porażenia jednego albo i obu nerwów krtaniowych dolnych (*nn. laryngei recurrentes*) obok wgniecenia tylnej ściany tchawicy albo wątpliwego w niej samej nacieku, z wielkiem prawdopodobieństwem przemawia za rakiem gardziela lub tchawicy. Już samo porażenie obu nerwów krtaniowych dolnych, czy to zupełne i równe po obu stronach czy nie, każe myśleć przedewszystkiem o raku gardziela. Przy niem jednak nie będzie można widzieć tchawicy, gdyż wystąpić musi skutkiem porażenia tego zwężenie w głośni. Wobec tego nie można wnosić nawet z objawów o istnieniu zwężenia w tchawicy i dałoby się ono wybadać jedynie po tracheotomii. W porażeniu jednego nerwu krtaniowego dolnego może się udać, choć trudniej, niż przy prawidłowej głośni, ujrzeć zwierciadełkiem wpuklenie tylnej ściany tchawicy a wtedy rozpoznanie nie trudno zrobić; nie należy jednak zadawalniać się samem wykazaniem zwężenia bez dokładnego wybadania go; są bowiem i inne sprawy chorobowe, które obok ugniecenia n. krtaniowego dolnego sprowadzają daleko częściej zwężenie tchawicy choć w innej formie.

Oprócz raka gardziela ugniatać może także tylną ścianę tchawicy zaułek połykowy, w którym to razie wpuklenie zmienia swe rozmiary a nawet czasowo zupełnie niknie stósownie do napełnienia zaułka. Obmacanie dokładne szyi, wygniecenie przy tem powietrza z zaułka, zdradzające się trzeszczącym szmerem i uczuciem pod palcami, wreszcie badanie zgłębnikiem gardzielowym pozwolą zwykle rozpoznać sprawę na pewne.

Jako rzadką przyczynę wgniecenia tylnej ściany tchawicy wymienić muszę sprawy zapalne, względnie ropne, w tkance pomiędzy tchawicą a gardzielem powstałe. Widziałem przypadek, w którym na tle gruźliczem przyszło do ropienia w tem miejscu i zrazu do wpuklenia tylnej ściany tchawicy, potem do przebicia na obie strony i komunikacyi pomiędzy tchawicą a gardzielem. Punktem wyjścia tego ropienia był gruczoł limfatyczny gruźliczo przeobrażony, który z prawej strony wsunął się poza tchawicę. Zwrócić muszę uwagę, jak łatwo w tej sprawie mógł ucierpieć i nerw krtaniowy dolny po stronie prawej. Wogóle jednak ropienie w wiotkiej tkance pomiędzy tchawicą a gardzielem łatwiej może sprowadzić zacieki w śródsierdzie, niż ugniecenie tchawicy.

Powyżej już wspomniałem o przypadku, w którym gruczoł tarczykowy obejmujący tchawicę od tyłu ugniatał tylną jej ścianę, podobnie jak i o możebności takiego ugniecenia w razie większych ciał obcych w gardzielu.

Wtłoczenie jednej ściany tchawicy z boku na większej przestrzeni i w górnej jej części, zwłaszcza gdy mu towarzyszy wygięcie łukowate lub okręcenie koło osi tchawicy a jeszcze więcej spłaszczenie jej z obu boków, najczęściej jednak skośne i także w górnej jej części, każą, jeżeli nie można wybadać żadnej innej przyczyny na szyi, myśleć o wolu, choćby nie dało się wykazać powiększenia gruczołu tarczykowego. Gruczoł tarczykowy bowiem może się rozrastać na wewnątrz a że z trzech stron obejmuje tchawicę, najłatwiej przeto może sprowadzić ugniecenie w tej formie a zwłaszcza z obu stron, również jak wygięcie tchawicy. Obok zwężenia tchawicy może też wól wywołać i porażenie nerwu krtaniowego dolnego. Wól podmostkowy najłatwiej może sprowadzić ugniecenie w postaci szczeliny skośnej, podłużnej lub nawet poprzecznej; obraz ten jednak nie jest tak cechującym, gdyż i inne sprawy w śródpiersiu dać mogą podobny obraz a wól podmostkowy do rzadszych należy. Jednostronny wól podmostkowy (nie obejmujący tchawicy) nie łatwo może być przyczyną jej zwężenia. Przypominam sobie przypadek, w którym gruczoł tarczykowy nadliczbowy kolloidowo przeistoczony doszedł do znacznych rozmiarów i siedział głęboko w śródpiersiu ugniatając na lewy nerw krtaniowy dolny, nie sprowadził jednak zwężenia tchawicy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Napisał
Dr. med. Karol Klecki,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11.)

W praktycznem zastósowaniu terapii surowiczej chodzi głównie o dwa warunki: szybkość, z jaką odporność nabyta występuje, oraz stopień, do jakiego dane zwierzę możemy zaimunizować czyli siłę odporności. Co się tyczy pierwszego, jest pewnem, że przy żadnej metodzie imunizacyjnej odporność nie występuje tak szybko, jak przy imunizowaniu surowicą zwierząt odpornych. Fakt ten możemy sobie łatwo wytłomaczyć tem, że, jeżeli w imunizacyi chodzi o jakąś substancyą o własnościach antytoksycznych, substancya ta podczas imunizacyi żyjącemi lub sterylizowanemi hodowlami w ustroju musi się dopiero wytworzyć, wówczas gdy przy imunizowaniu surowicą zwierzęcia odpornego substancyą tę gotową do ustroju wprowadzamy. Siła odporności nabytej zwierzęcia, zaimunizowanego surowicą, oczywiście zależy wprost od siły odporności ustroju, z którego wzięto surowicę Zwierzęta więc mające dostarczyć owej surowicy, muszą być jak najmocniej zaimunizowane; własności imunizacyjne surowicy tych zwierząt nie są jednak w prostej zależności od ilości jadu wprowadzonego do ich ustroju, lecz zależą od różnicy odporności, jaką dane zwierzęta przedstawiają przed imunizacyą oraz po niej. Trzeba więc do tych doświadczeń używać zwierząt podlegających, ile można, łatwo danemu zakażeniu oraz zaimunizować je sztucznie do jak największego stopnia; surowicą takich zwierząt jest jedynie dobrym materyałem imunizacyjnym oraz leczniczym.

Pierwszy Ehrlich, później Behring i inni stwierdzili, że siła odporności, nabyta przez szczepienie surowicy, stanowi tylko nieznaczny ułamek siły odporności zwierzęcia, które surowicy dostarczyło. Siłę tę oblicza się w następujący sposób: oznacza się przedewszystkiem dla danego zarazka, n. p. tężca, tę najmniejszą dawkę żyjącej jadowitej hodowli, która z pewnością zabija n. p. świnki morskie po pewnym określonym czasie, dajmy na to po 4—5 dniach. Jeżeli zwierzę zaimunizuje się do tego stopnia, że po wstrzyknięciu przytoczonej dawki przechodzi ono tylko miejscowe zakażenie (obrzęki, nacieki i t. d.) i po niejakim czasie do zdrowia powraca, oznacza się odporność takiego zwierzęcia = 1 (według Ehrlicha). Przypuśćmy, że tą najmniejszą dawką śmiertelną dla normalnej świnki morskiej jest 0·025 ctm. sz. danej hodowli; jeżeli świnka zostanie zaimunizowaną do tego stopnia, że po wstrzyknięciu n. p. 0·01 ctm. sz. pozostaje przy życiu, odporność jej = 4, jeżeli znosi 0·5 ctm. sz odporność jej = 20 i t. d. Szczepiąc surowicę zwierzęcia odpornego na inne normalne, przelewamy, jak to już wyż przytoczyłem, tylko częściowo odporność pierwszego zwierzęcia na drugie; stósunek ten daje się z góry obliczyć w przybliżeniu: jeżeli, przypuśćmy przeszczepiamy 5 ctm. sz. krwi królika, ważącego 1000 gr., którego odporność na dany zarazek jest n. p. = 40, na drugiego normalnego królika, ważącego również 1000 gr., odporność królika drugiego będzie wynosiła tylko $2\frac{1}{2}$, gdyż 5 ctm. sz. wynosi w przybliżeniu $\frac{1}{16}$ całej ilości krwi tego zwierzęcia; jeżeli z królika pierwszego przeszczepiamy krew na mysz, ten sam rezultat, t. j. odporność = $2\frac{1}{2}$, otrzymamy przez wstrzyknięcie 0·2 krwi, gdyż mysz waży mniej więcej 20 gr., stósunek więc ilości krwi wprowadzonej do ilości krwi znajdującej się w ustroju będzie 1 : 16, czyli taki sam jak w pierwszym przypadku. (Według tego obrachunku ciężar całkowitej krwi królika wynosi 80 gr., myszy zaś 1·6 gr.).

Wreszcie zasadniczym punktem terapii surowiczej jest jej specyficzność (swoistość). G. i F. Klemperer zy imunizowali zwierzęta kolejno na dwa zarazki; surowica tych zwierząt, zaszczepiona innym, imunizowała je równocześnie na obiedwie choroby (dotychczas nie udało się wywołać u zwierzęcia odporności na więcej zarazków aniżeli na dwa), okoliczność podana przez Klempererów potwierdza w zupełności bezwzględną specyficzność terapii surowiczej.

Fakty te, zebrane drogą doświadczeń na zwierzętach, zachęciły niektórych badaczy do prób klinicznych w tej mierze na człowieku. Próby te mogą wydawać się zbyt przedwczesnemi; jeżeli jednak zważymy, że skuteczność każdej terapii możemy stwierdzić tylko tą drogą, że jedynem kryteryum, które nas skłonić może do podjęcia podobnych prób, są dobre wyniki doświadczeń laboratoryjnych; że wreszcie próby tego rodzaju, choćby na niezupełnie pewnych podstawach oparte, mogą do dobrych wyników praktycznych doprowadzić, (jak n. p. leczenie wścieklizny, której zarazka nawet nie znamy, przez Pasteura), przyklasnąć musimy tym, którzy opierając się na wynikach otrzymanych na zwierzętach, przenieśli pole doświadczalne z laboratoryum do kliniki, zwłaszcza, że doświadczenia te robiono ze wszystkiemi możliwemi ostrożnościami, narażeniem się osobistem eksperymentatorów przy pierwszych próbach oraz, że wyniki tych doświadczeń klinicznych wypadły wcale pomyślnie. Wyników leczniczych, otrzymanych przez stósowanie tuberkuliny Kocha oraz tuberkulocydyny Klebsa nie będę tu przytaczał, gdyż są wszystkim aż zanadto dobrze znane. O nieskuteczności surowicy zwierzęcej przeciwko przymiotowi w 1. i 2. okresie była już wyżej mowa.

Tizzoni i Cattani wyleczyli dotychczas 5 przypadków tężca surowicą i antytoksyną, otrzymaną ze krwi psów i w ostatnim przypadku ze krwi królika, imunizowanych przeciw jadowi tężcowemu. Antytoksynę tę otrzymywali w podobny sposób, jak antytoksynę przeciw wściekliźnie, a mianowicie: wypuszczano zupełnie aseptycznie krew z tętnicy zwierzęcia o wielkiej odporności nabytej i do krwi tej dodawano alkoholu absolutnego w stosunku objętości 10 : 1; powstały strąt suszono w próżni nad kwasem siarkowym. Wysuszony osad rozpuszczano w niewielkiej ilości wyjałowionej wody przekroplonej i otrzymanej w ten sposób lepkiej cieczy używano do wstrzykiwań zaraz po jej przyrządzeniu. Bliższych szczegółów co do pierwszych 4 przypadków przytoczyć tu nie mogę, gdyż odnoszących się do tego historyj choroby nie mam pod ręką (ogłoszono je w *Riforma medica* z r. 1891 i 1892); w przypadkach tych uratowano chorych od śmierci. W 5 przypadku przypady tężca wystąpiły w 12 dniu po zakażeniu; kuracyę rozpoczęto dopiero w 10 dni po wystąpieniu tych objawów (przypadek był więc stosunkowo lekki, jakkolwiek w czasie, w którym rozpoczęto kuracyę, 10 ctm. sz. moczu chorego wywoływało u królików typowy tężec, zakończony śmiercią). Pierwszego dnia wstrzyknięto 3 razy po 2·5 ctm. sz. surowicy odpornego królika; ciepłota opadła z 38·7 na 37·5° i już więcej się nie podniosła; nasilenie objawów tężcowych zmniejszyło się przejściowo; przez następne dni wstrzyknięto jeszcze 3 takież dawki surowicy, później antytoksynę otrzymaną ze surowicy w dawkach od 0·2 do 0·5 grm.; razem otrzymał chory 16 injekcyj, kuracya trwała 9 dni; prócz antytoksyny zażył chory przez ten czas 9·0 grm. chloralu; ostatnie 2 członki skaleczonego palca odjęto zaraz na początku kuracyi. Po przeszło $2\frac{1}{2}$ miesięcznym pobycie w szpitalu wyszedł chory uleczony; pozostało jedynie utrudnione zginanie prawej stopy.

Rénon ogłosił 2 przypadki tężca, leczone w klinice Dieulafoy surowicą imunizowanych królików; w obydwu przypadkach nie udało się chorych uratować; po każdem wstrzyknięciu występowało jednak wyraźnie przemijające polepszenie zarówno pod względem przedmiotowem, jako też i podmiotowym. Obydwa te przypadki były ciężkie; pierwszy dostał się do kliniki na 6-ty, drugi na 4-ty dzień po wystąpieniu typowych objawów tężcowych; w pierwszym przypadku zużyto 57 ctm. sz., w drugim 80 ctm. sz. surowicy królików o dosyć znacznej swoistej odporności nabytej.

Podobne doświadczenia z jadem wścieklizny nie dały pomyślnych wyników (Babès, Murri); u dwu osób, u których wścieklizna już wybuchła, używano bezskutecznie krwi imunizowanych psów, szczepionych ludzi, wodnego roztworu

osadu, otrzymanego przez strącenie wyskokiem 150 grm. krwi imunizowanych psów, oraz wprowadzano *virus fixe* wprost do żyły.

Bracia Klempererzy wykonali cały szereg prób leczniczych w zapaleniu płuc. Ponieważ postanowili badać działanie surowicy zwierząt odpornych na pneumokoki oraz hodowli tych bakteryj na ustrój ludzki, trzeba było przedewszystkiem przekonać się o nieszkodliwości tego działania. W tym celu wstrzyknęli sobie podskórnie jeden 0·1, drugi 0·2 ctm. sz. jadowitej hodowli pneumokoków; dawka 0·1 ctm. sz. była dla królika bezwzględnie śmiertelną; po wstrzyknięciu 0·1 ctm. sz. nie wystąpił żaden odczyn ze strony ustroju, po wstrzyknięciu 0·2 ctm. sz. objawy miejscowe (obrzęk, ból) oraz lekkie objawy ogólne (podwyższenie ciepłoty do 38·3, ból głowy, niespokojny sen), które po 24 godzinach ustąpiły. Następnie wstrzyknęli badacze ci po 0·2 cm. sz. hodowli pneumokoków sześciu chorym na raka; u czterech nie wystąpiły w ogóle żadne objawy, u dwu zaś objawy zbliżone do tych, które wystąpiły u jednego z badaczy.

Dalej stwierdzili bracia Klempererzy nieszkodliwość surowicy królików odpornych dla ustroju ludzkiego; wstrzykiwali sobie, poczynając od 0·5 cm. sz. do 3·0 cm. sz. surowicy tej i nie zauważyli żadnych przypadków ani miejscowych ani ogólnych. Ponieważ autorzy ci są zdania, że objawy ogólne w zapaleniu płuc są objawami zatrucia pneumotoksyną, że sprawa leczenia naturalnego tej choroby polega na wytworzeniu się w ustroju dostatecznej ilości antytoksyny, którą nazwali antypneumotoksyną, a która nagromadza się w takiej ilości podczas przesilenia się (surowicą otrzymaną z chorych na zapalenie płuc podczas przesilenia się imunizowali i leczyli z dobrym skutkiem króliki — surowica ludzi zdrowych lub chorujących na inne cierpienia działania tego nie okazywała), przystąpili do prób klinicznych.

Wyniki tych prób zakomunikował G. Klemperer na ostatnim zjeździe internistów niemieckich w Lipsku: 12 chorych leczono wstrzykiwaniem podskórnem w okolicę narządów rodnych surowicy królików w wysokim stopniu odpornych na jad pneumokoków; dawka wynosiła 5—10 ctm. sz.; w żadnym przypadku nie widziano ani wystąpienia objawów miejscowych, ani też żadnego pogorszenia stanu chorego. W pięciu z tych 12 przypadków nastąpiło przesilenie się wkrótce po injekcyi; przypadki te nie dowodzą więc niczego, gdyż nie można wykazać zależności wystąpienia przesilenia się choroby od wstrzykiwań surowicy; w pozostałych siedmiu przypadkach następowały po injekcyi obniżenie ciepłoty, zwiększenie się liczby tętna oraz oddechów; przebieg choroby był w ogóle znacznie łagodniejszy, niż w typowych zapaleniach płuc. Leczenie to przedstawiało tę niedogodność, że z odpornego królika otrzymywano wszystkiego 10 — 15 ctm. sz. surowicy, t. j. tyle, ile wystarczało dla jednego, najwięcej dwóch chorych; w przyszłości trzebaby więc używać surowicy imunizowanych, i większych zwierząt, jako to baranów, koni, świń. 8 przypadków zapalenia płuc leczono stężonemi, ogrzanemi do 60° hodowlami pneumokoków. Zdaniem Klemperera wprowadzając hodowle te do ustroju, wprowadza się substancye imunizujące, które w danych warunkach ustrój przerabia na substancye lecznicze; doświadczenia na zwierzętach wykazały, że sprawa ta rozpoczyna się w kilka godzin, kończy się zaś na trzeci dzień po wstrzyknięciu. Metoda ta jest znacznie dogodniejszą w praktyce, aniżeli metoda surowicza, gdyż substancye imunizujące (ogrzane hodowle) łatwo jest mieć zawsze pod ręką. Wyniki leczenia we wszystkich tych 8 przypadkach były bardzo dobre: obniżenie ciepłoty w formie *lysis* następowało stale w 12—24 godzin po wstrzyknięciu; wraz z obniżeniem ciepłoty ustępowały lub znacznie zmniejszały się inne objawy chorobowe; czasami gorączka następowo wzmagała się; wówczas robiono z dobrym skutkiem powtórną injekcyę ogrzanej hodowli. Niektóre z tych 8 ostatnich przypadków należały bezwarunkowo do ciężkich: byli między nimi i chorzy z wadą serca i starcy.

Szczepienie ochronne przeciwko cholerze oraz myśl, że wraz z krwią można przelać odporność tę na inny ustrój, datuje się od dość dawna: już w r. 1885 Ferran, hiszpan, szczepił ochronnie jadowitemi hodowlami 30000 ludzi i miał otrzymać dobre skutki; Ferran spostrzegł także, że krew ludzi odpornych imunizuje świnki morskie przeciw jadowi cholerycznemu. To ostatnie twierdzenie Ferrana zostało obalonem przez doświadczenia van Ermengema; co się zaś tyczy szczepień ochronnych, to nie tylko van Ermengem, Gibier i inni podali w wątpliwość ich skutki, ale w całych Niemczech uważano je powszechnie za błazeństwo i oszukaństwo (*Spuk und Schwindel*). Po 7 latach podejmuje doświadczenia Ferrana niemiec G. Klemperer na nowo, dochodzi do wyników pomyślnych, ogłasza je, nie cytując Ferrana, i wywołuje przez to polemikę z rodakiem swoim Guttmannem, który występuje w obronie pierwszeństwa Ferrana co do doświadczeń w tym względzie.

Zakażenie sztuczne świnek morskich przecinkowcami Kocha jest właściwie zupełnie inną chorobą, aniżeli cholera ludzka; u świnek morskich choroba ta ma charakter czysto toksyczny, u ludzi zaś jest to zakażenie, z przewodu pokarmowego początek biorące. Liczne doświadczenia na zwierzętach, robione zarówno z przecinkowcami cholery jako też i z innemi bakteryami, wykazały jednak, że ustrój zaimunizowany przeciw jadowi, wytworzonemu przez pewien gatunek bakteryj (*giftfest*), jest zarazem odpornym na zakażenie danemi bakteryami, o ile się nie wprowadza do takiego ustroju ogromnych ilości drobnoustrojów.

Z tego założenia wychodząc, G. Klemperer podjął szereg doświadczeń, mających na celu imunizacyę człowieka przeciwko cholerze, w których posługiwał się również zwierzętami. Przedewszystkiem chodziło o zbadanie, czy surowica ludzi z natury odpornych ma własności, imunizujące: na 6 ludzi surowica dwu, w ilości 1—2 ctm., imunizowała świnki morskie przeciwko następowemu zakażeniu. Następnie badał Klemperer własności imunizacyjne surowicy człowieka, szczepionego ogrzaną hodowlą: Drowi K. w przeciągu 12 dni wstrzyknął podskórnie 3·6 ctm. sz. hodowli ogrzanej przez 2 godziny do 70°; pierwsza dawka wynosiła 0·1, ostatnia 1·0 ctm. sz.; po injekcyach występował odczyn miejscowy i lekkie objawy ogólne. 0·25 ctm. sz. surowicy Dra K. imunizowało świnki na śmiertelną dawkę jadowitej hodowli cholerycznej. Przekonawszy się, że odczyn ze strony ustroju występujący po injekcyi jest nieznaczny, wstrzykiwał 11 medykom kolejno hodowle ogrzane do coraz to niższych temperatur, wreszcie zupełnie jadowite hodowle. W ostatnim przypadku po wstrzyknięciu 0·35 ctm. sz. jadowitej hodowli wystąpił silny obrzęk i zaczerwienienie kończyny; objawy te ustąpiły dopiero po 3 dniach. 0·5 ctm. sz. surowicy danego osobnika imunizowało świnki morskie przeciwko śmiertelnej dawce cholery. A więc 0·35 ctm. sz. hodowli jadowitej sprawiało taką samą siłę imunizacyjną surowicy, co 3·6 ctm. sz. hodowli ogrzanej. Według Klemperera i Lazarusa surowica ludzi, którzy niedawno przeszli cholerę, ma również własności imunizacyjne: w przypadku Klemperera do zaimunizowania świnki morskiej na śmiertelną dawkę, trzeba było wstrzyknąć 0·01, względnie 0·5 ctm. sz. surowicy, w przypadkach Lazarusa wystarczało 0·0001 ctm. sz. Różnicę tę tłómaczy Klemperer rozmaitą ciężkością przypadków.

Klemperer próbował imunizować ludzi przeciwko cholerze trzema metodami: 1) przez podskórne wstrzykiwania jadowitych hodowli; w jednym przypadku wstrzyknął pewnemu medykowi razem 0·5 ctm. sz. osłabionej (ogrzanej do 55°) i 3·1 ctm. sz. jadowitej hodowli w przeciągu 5 tygodni; surowica krwi tego osobnika, otrzymana 9. dnia po rozpoczęciu szczepień miała własności imunizacyjne w bardzo słabym stopniu, gdyż do zaimunizowania świnki morskiej na śmiertelną dawkę, trzeba było użyć 1·5 ctm. sz.; po ukończeniu szczepienia ten sam skutek otrzymał Klemperer przez wstrzyknięcie śwince morskiej 0·005 ctm. sz. tej samej surowicy; stąd wyprowadza autor wniosek, że ustrój, którego surowica posiada tak wybitne własności imuniza-

cyjne, musi sam na daną chorobę być odpornym. Metoda ta ze względów praktycznych nie jest jednak dobrą, gdyż wymaga długiego czasu oraz wstrzykiwania są bardzo bolesne;

2) przez wprowadzenie ogrzanych hodowli do żołądka; Klemperer robił doświadczenia na sobie samym: przez 6 tygodni wypił z kawą w sumie 503 ctm. sz. hodowli bulionowej przecinkowców Kocha, ogrzanej przez 2 godziny do 70°; przed każdą dawką (rozpoczął od 1 ctm. sz., doszedł do 60 ctm. sz.) zobojętniał kwas żołądkowy dwuwęglanem sodowym w dawce 2 gramów. Wskutek poprzednich injekcyj hodowli cholerycznych posiadała surowica jego pewne własności imunizujące, mianowicie dla świnek wystarczało 0·25 ctm. sz. surowicy; po spożyciu 503 ctm. sz. hodowli ogrzanych, własności imunizacyjne surowicy powiększyły się, wystarczało bowiem dla świnek 0·01 ctm. sz. Wynik nie był więc zbyt świetny; Klemperer przypuszcza, że tylko mała cząstka spożytych hodowli została wchłoniętą;

3) wreszcie próbował tenże autor sprowadzić odporność przeciw cholerze przez wstrzykiwanie podskórne mleka zaimunizowanych kóz; 5 ctm. sz. mleka tego, wstrzykniętych 20-letniemu człowiekowi, wywoływało takie własności imunizacyjne jego surowicy, że 0·25 ctm. sz. jej wystarczało do zaimunizowania świnek przeciw śmiertelnej dawce cholery.

Klebs otrzymał z hodowli przecinkowców cholerycznych przez strącanie wyskokiem oraz rozpuszczanie w wodzie przekroplonej, substancyę, mającą własności swoiste imunizacyjne oraz lecznicze. Substancyę tę nazwał antycholeryną. Jest to brązowy, przeźroczysty, gęsty płyn o zapachu przypominającym dejekcye cholerycznych. Po stwierdzeniu wyżej przytoczonych własności na zwierzętach, przystąpiono do prób na ludziach w szpitalu hamburskim w oddziele Dra Manchota: wstrzykiwano ciężko chorym na cholerę pierwszego dnia 6—7, drugiego 5—6, trzeciego 3 ctm., czwartego 1—2 ctm. sz. antycholeryny; używano jej w 31 przypadkach; najbardziej uderzającem skutkiem działania antycholeryny jest według Manchota podniesienie się ciepłoty, występujące już w parę godzin po injekcyi. Śmiertelność w przypadkach leczonych antytoksyną Klebsa wynosiła 67·7%, śmiertelność zaś równie ciężkich przypadków, leczonych innemi metodami, 84·5%; otrzymano więc z leczenia metodą Klebsa rezultaty lepsze o 16 do 17%. Statystyka ta jest jednak stanowczo za małą na to, by z pewnością mogła uwydatnić działanie antycholeryny.

W streszczonych dotychczas pracach badano własności imunizacyjne czy lecznicze stósownie przygotowanych hodowli czy surowicy zwierząt odpornych; z prac tych wypada, że we wszystkich tych doświadczeniach wprowadzony do ustroju jad czy też nieznana istota antytoksyczna sprowadzała pewne stałe, charakterystyczne zmiany we własnościach tegoż ustroju; przypuszczać więc należy, że istoty te przez pewien czas w ustroju pozostawały; dalszego ich losu jednakowoż dotychczas nie zbadano.

Istnieje kilka prac o wydzielaniu się z ustroju jadów bakteryjnych, przeważnie jadu tężcowego; wyniki tych badań są następujące: pierwszy Bouchard wstrzykiwał do żyły królików mocz człowieka chorego na tężec; króliki padały wskutek zatrucia, które jednakowoż bynajmniej nie było charakterystycznem zatruciem tężcowem; podobne skutki można otrzymać wlewając do żyły królików mocz chorych na inne choroby zakaźne n. p. na zapalenie płuc. Doświadczenia Boucharda nie dowodzą więc niczego. Brieger wstrzykiwał zwierzętom niewielkie ilości moczu chorych na tężec z wynikiem ujemnym. Stern wstrzykiwał świnkom morskim do jamy brzusznej 17 i 50 ctm. sz. moczu chorej na tężec i zatrucia nie sprawił; również wstrzyknięcie do jamy brzusznej królików 16 i 20 ctm. sz. mleka tej samej chorej objawów tężcowych nie wywołało. Do wręcz przeciwnych wyników doszedł Bruschettini: wszystkie zwierzęta, którym wstrzykiwał mocz zwierząt zakażonych tężcem, padały wśród typowych objawów tężcowych. Mając do dyspozycyi dwu chorych na tężec, leczonych antytoksyną Tizzoniego i Cattaniego, robił doświadczenia z ich moczem na zwierzętach; w pierwszym przypadku wstrzykiwał królikom po 10 ctm. sz. moczu, otrzymanego na 5 dzień po wybuchu choroby: wszystkie króliki zapadły mniej więcej po 9 dniach wśród typowych objawów tężcowych i poginęły. W drugim przypadku wstrzykiwał podskórnie Bruschettini królikom po 10 ctm. sz., myszom zaś po 3 ctm. sz. moczu, otrzymanego z chorego na drugi dzień po wystąpieniu objawów tężcowych; wszystkie zwierzęta zginęły w 24—36 godzin po injekcyi. Doświadczenia te powtórzył autor po 4 dniach, gdy chory już otrzymał cztery injekcye antytoksyny (w przypadku tym nastąpiło wyleczenie chorego); ani u królików ani u myszy objawy tężcowe nie wystąpiły. Doświadczenia te przemawiają za tem, że jad tężcowy opuszcza ustrój przez nerki. Brieger i Ehrlich imunizowali myszy przeciw tężcowi wstrzykiwaniem do jamy brzusznej mleka odpornej kozy; imunizacya młodych myszek następowała również przez ssanie piersi odpornych samiczek, karmienie zaś starszych myszy mlekiem odpornego zwierzęcia odporności nie sprowadzało. Jad tężcowy, krążąc w ustroju przechodzi więc i do mleka. Brunner tetanizował króliki i przez podanie pilokarpiny wywoływał u nich ślinotok; wstrzyknięcie śliny tej myszom wywoływało objawy tężcowe. Roth zaszczepił podskórnie białą mysz śliną chorego na tężec; wystąpiło przykurczenie obydwu kończyn tylnych i zwierzę wkrótce zginęło. Na zasadzie wszystkich tych doświadczeń wnosić można, że jad tężcowy przechodzi do wydzielin ustroju przynajmniej w tych przypadkach, w których jest nagromadzonym we krwi w większej ilości.

Gamaleïa imunizował przeciw cholerze azyatyckiej świnki morskie mlekiem odpornych kóz; dawka wynosiła 5 cm. sz.; mlekiem tym otrzymywał nawet dobre skutki lecznicze. G. Klemperer robił podobne doświadczenia; z imunizacyi miał dobre wyniki, rezultatów leczniczych nie mógł jednak uzyskać pomimo to, że odporność jego kozy na cholerę azyatycką była 10 razy większą od odporności kozy przez Gamaleïę do doświadczeń używanej.

Wreszcie Alt wykazał, że jad, wytworzony w ustroju podczas przebiegu cholery azyatyckiej, wydziela się w pewnej części przez żołądek. Tenże autor wykrył przed tem, że pewne toksalbuminy zwierzęce, mianowicie jad niektórych gatunków żmij (*Pelias berus* i *Echidna arietans*), wprowadzony do ustroju przez wstrzyknięcie podskórne lub ukąszenie żmii wydziela się, jak morfina, w pewnej części przez żołądek. Z przefiltrowanych wymiocin cholerycznych otrzymywał Alt przez kilkakrotne wydzielanie 96% i absolutnym wyskokiem oraz rozpuszczanie utworzonego osadu w wodzie przekroplonej toksalbuminę, przedstawiającą się jako ciecz rzadka, koloru biało szarawego; po kilku dniach ciecz ta przybierała aromatyczny zapach, zbliżony do zapachu otwartych trupów cholerycznych. Wstrzyknięcie podskórne 1 ctm. sz. tej toksalbuminy szczurom zabijało je w przeciągu kilku godzin; świnki morskie ginęły po dawce 1—2 ctm. sz. również w kilka godzin po injekcyi; ciepłota ich opadała po pewnych wahaniach z 37—38° do 20°. Po wstrzyknięciu 5 ctm. sz. dużym psom, wystąpiły objawy chorobowe już po kilkudziesięciu minutach (niedowład kończyn, ataksya i t. d.), po 4 dniach psy zginęły. Opierając się na tych doświadczeniach, proponuje autor w ciężkich przypadkach cholery azyatyckiej przepłukiwania żołądka.

Streściwszy doświadczenia na zwierzętach oraz próby kliniczne robione w ostatnich czasach z bakteryami swoistemi dla pewnych chorób zakaźnych, przechodzę do strony chemicznej jadów, z którymi operowano. Zasadniczemi w tym względzie są prace Briegera i Fraenkla. Poszukiwania chemiczne robili przedewszystkiem nad jadem błoniczym; wybrali oni do badań tych laseczník Loefflera dlatego, ponieważ błonica jest chorobą o charakterze bardzo toksycznym. Po zakażeniu błoniczem ustroju rozrost mikrobów ogranicza się ściśle do miejsca zakażenia; nie ulega wątpliwości, że objawy ogólne, występujące w przebiegu tej choroby, polegają na wchłanianiu jadu, wytworzonego przez laseczniki. Już Loeffler, później Roux i Yersin próbowali określić naturę chemiczną jadu błoniczego; nie powiodło się im to jednak, przyszli bowiem do wniosku, że

jad ten jest czemś w rodzaju enzymu lub też diastazy. — Brieger i Fraenkel operowali wyłącznie hodowlami o własnościach bardzo trujących. Do wyeliminowania z hodowli bakteryj posługiwali się z początku sterylizacyą, sposób ten okazał się jednak niepraktycznym, gdyż jadowitość hodowli zmniejszała się, nawet znikała czasami zupełnie pod wpływem ciepła ponad 60°. Usuwali więc z hodowli laseczniki za pomocą filtrów Chamberlandowskich; w szeregu doświadczeń przekonali się, że filtrat ten wywoływał u zwierząt te same objawy i sprowadzał ich śmierć po upływie tego samego przeciągu czasu, co i żyjące jadowite hodowle. Własności trujące płynu tego nie ulegały żadnej zmianie po odparowaniu płynu w 50° oraz po dodaniu kwasu solnego w nadmiarze; ta ostatnia okoliczność przemawia stanowczo za tem, że istota trująca, w płynie tym zawarta, ani termen tem, ani też enzymem nie jest. Ażeby się przekonać, czy substancya trująca nie jest ciałem zasadowem, ptomainem czy toksynem, przerobiono filtrat ten wszystkiemi metodami, służącemi do otrzymania wyż wymienionych ciał; wynik był ujemny: z wyjątkiem kreatyniny i choliny ciał krystalicznych nie otrzymano. Podczas odparowywania filtratu hodowli w próżni w 20—30° przedestylowywano go; płyn przedestylowany własności trujących nie miał, jadowitość filtratu nie polegała więc na obecności jakiegoś ciała lotnego. Przez przesycenie filtratu siarkanem amonowym lub fosforanem sodowym otrzymywano substancyę mocno trującą; substancya ta w dializatorze nie przechodziła do wody ani fizyologicznego roztworu soli. Przez dodanie siarkanu sodowego, magnowego i soli kuchennej do filtratu nie otrzymano ciała trującego. Wyskok absolutny wydzielał to ciało bardzo prędko, zwłaszcza po zakwaszeniu kwasem octowym; osad rozpuszczano w wodzie, filtrowano i strącano wyskokiem powtórnie; manipulacyę tę powtarzano dopóty, dopóki nie otrzymano zupełnie przezroczystego roztworu wodnego. Roztwór ten miał własności również mocno trujące. Osad wysuszony w próżni w 40° przedstawiał masę o śnieżnej białości, bardzo lekką, miał on te same własności; zawierał siarkę w wielkiej ilości, dawał odczyn biuretowy, zabarwienie czerwone z odczynnikiem Millona; nie ulega więc wątpliwości, że było to ciałko białkowe. Ciało to dawało następujące odczyny: nie wydzielało się przez gotowanie, siarkan sodowy, sól kuchenną, siarkan magnowy, roztworzony kwas azotowy i octan ołowiowy; wydzielały je zaś stężone kwasy mineralne, żelazosinek potasu i kwas octowy, fenol, kwasy organiczne, siarkan miedziowy, azotan srebrowy, chlorek rtęci; z t. zw. odczynnikami alkaloidów otrzymano również dodatnie wyniki: kwas fosforowomolibdenowy, jodek potasowortęciowy, jodek potasowobismutowy, chlorek platyny, złota i kwas pikrynowy wydzielały ciało trujące; otrzymano odczyn biuretowy, zabarwienie czerwone z odczynnikiem Millona, odczyn ksantoproteinowy; ciało to wreszcie skręcało płaszczyznę polaryzacyjną w lewo.

Już poprzednio przekonali się Brieger i Fraenkel, że ciało to nie jest globuliną, powstałą z pożywki. Przytoczone własności przemawiały za tem, że dana substancya należy do grupy białek surowiczych; dokładny rozbiór wykazał jednak, że ciało to najbardziej zbliża się do albumoz czy peptonów; skład jego chemiczny jest następujący: $C_{45 \cdot 35}\ H_{7 \cdot 13}\ N_{16 \cdot 33}\ S_{1 \cdot 39}\ O_{29 \cdot 80}$. Własności trujące substancyi tej były nadzwyczaj mocne; 0·0025 grm. zabijało 1 klg. zwierzęcia; nie traciła ona własności tych nawet po kilkotygodniowem przechowywaniu. (Dok. nast.)

Choroby wewnętrzne.

Metoda lecznicza Brown-Séquarda.

Przed kilku laty, jak to powszechnie wiadomo, prof. Brown Séquard zwrócił uwagę świata lekarskiego na wpływ, jaki wywierają na organizm ludzki podskórne wstrzykiwania sperminy, przyrządzanej z miazgi jąder i gliceryny. Metoda ta przez analogią znalazła we Francyi dosyć szerokie zastósowanie, mianowicie w chorobach takich gruczołów, jak tarczykowy, trzustka, nerki, nadnercza i t. d.; a chociaż te zachody są czysto empiryczne i znajdują się zaledwo w okresie próbnych doświadczeń, zapoznanie ogółu lekarskiego z temi usiłowaniami należy do obowiązków dziennika lekarskiego.

Po doświadczeniach ze sperminą, pierwszy C. Paul próbował leczyć blednicę i niedomogę nerwową podskórnemi wstrzykiwaniami nerwiny; obecnie wstrzykują lekarze francuscy ciecze przyrządzane z trzustki, nerek, gruczołu tarczykowego, nadnercza, śledziony, rdzenia, mięśniów i t. d. Jeśli wydzielina któregokolwiek gruczołu w skutek jego schorzenia nie wytwarza się zupełnie, metoda Brown-Séquarda usiłuje dostarczyć jej organizmowi przez podskórne zastrzykiwanie cieczy, której głównym składnikiem jest właśnie brakująca wydzielina fizyologiczna. Zawiesiny te przyrządza w swojej pracowni Dr. d'Arsonval z gruczołów królika, morskiej świnki, psa, barana, wołu i t. d. w sposób następujący: gruczoł miażdży się i uciera z przymieszką gliceryny; ciecz otrzymaną tym sposobem przesącza się, wyjaławia i zlewa się w buteleczki, poczem można jej używać podskórnie bez najmniejszych obaw o wywołanie zapalnego odczynu.

Dotychczasowe skutki lecznicze metody Brown-Séquarda nie pozwalają jeszcze na wyrobienie uzasadnionego sądu o jej wartości: skutki dodatnie równoważą się z ujemnemi. Przytaczając wszystkie do tej sprawy należące dokumenta, umożebnimy czytelnikom powzięcie jakiegoś wyobrażenia, chociażby ono miało być tylko tymczasowe.

Na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa lekarzy szpitalnych, w dniu 14. października 1892 r., opowiedział Dr. Dieulafoy o jednym przypadku ciężkiej mocznicy z bezmoczem, leczonej nefryną, według metody Brown Séquarda. Początkowo leczono chorego według zasad klinicznych; gdy jednak wszystkie środki zawiodły a bezmocz trwał już pięć dni, uczuł się Dr. Dieulafoy wprawie użycia środków nadzwyczajnych i zastósował nefrynę. Lek ten przyrządzono w sposób następujący: użyto części korowej nerki z wołu utarto ją w moździerzu, dodając stopniowo 300·0 obojętnej gliceryny, oraz 200·0 wody wyjałowionej, zawierającej 5% soli morskiej; miazgę tę przesączono przez sączek papierowy a następnie przez sączek Chamberlandowski i otrzymano tym sposobem ciecz koloru żółtawego, klejką, przeźroczystą w ilości 50—55·0. W piątym dniu zupełnego bezmoczu zastrzyknięto podskórnie 2 razy po 0·5 nefryny przyrządzonej ze świnki morskiej; nazajutrz zastrzyknięto 3·5 nefryny z wołu i spostrzeżono w dniu następnym wybitne polepszenie: śpiączka ustała, cewnikiem wypuszczono 650·0 moczu, lecz poprawa była przemijającą i chory umarł. Chociaż przypadek ten zakończył się niepomyślnie, przekonał badaczów o nieszkodliwości zastrzykiwań podskórnych nefryny i rozwiał obawy co do zatrucia organizmu wstrzykiwanemi organicznemi cieczami wobec schorzałej i prawie nieczynnej nerki

Dr. Legroux leczył tyroidyną 4-letnie dziecko, chore na wól klejowaty i stwierdził wybitną poprawę. W przypadku analogicznym wszczepił Dr. Lannelongue choremu podskórnie gruczoł tarczykowy z barana; znaczna poprawa ogólnego zdrowia była przemijającą. Dr. V. Robin z Lugdunu ma w leczeniu dziecko, opis choroby którego przytaczamy, jako bardzo pouczający. Jest to 7-letni chłopak, od urodzenia cierpiący na wól klejowaty i przedstawiający wybitne cechy matołkowstwa, cielesnego i umysłowego nierozwinięcia: wzrost mały, kończyny grube, krótkie i pokrzywione; dziecko to nigdy dobrowolnie nie chodzi a dopiero od roku może stać; prowadzone za rękę postępuje parę kroków i to niezgrabnie, chyląc się na wsze strony. Chory ten nie mówi, lecz wydaje głos niezrozumiały i bez dźwięku pojmowanie tępe i bardzo powolne.

W 5-tym roku życia przebył ten chłopak odrę a następnie krztusiec. Podczas przebywania tych chorób powikłanych ze sprawą zapalną płuc, ogólny obrzęk śluzakowy (*myxoedème*) powoli malejąc znikł zupełnie i dziecko przybrało wejrzenie prawidłowe. Zaledwo jednak stan gorączkowy minął, obrzęk powrócił: policzki opuchłe obwisły, przez rozwarte usta wystąpił na zewnątrz olbrzymi język, obrzękłe powieki przykryły gałki oczne.

W takim stanie był pacyent, kiedy Dr. Robin rozpoczął leczenie tyroidyną, którą wstrzykiwał codziennie w ciągu 4-ch miesięcy. Już po kilku pierwszych zastrzyknięciach dziecko jakby ocknęło się ze swej gnuśności: ruchy jego z opieszałych, stały się żywe, na obliczu wystąpiły rysy indywidualne, wzrok nabrał wyrazu; chory począł się bawić, chodzić, a wreszcie biegać; skóra jego, przedtem chropowata i zgrubiała, stała się gładką i elastyczną.

Po 4-ch miesiącach tego leczenia dziecko to biega, porozumiewa się na migi; głos stał się mniej ochrypły; porusza on językiem i ustami, kiedy ten głos wydaje. W ciągu 4 miesięcy urósł znacznie. Zwyczajna niska (36°C) ciepłota stale podnosiła się do 37°C., słowem chory ten zmienił się do niepoznania. Badanie szyi po zupełnem ustąpieniu obrzęku wykazało zupełny brak gruczołu tarczykowego.

Pomimo tych świetnych skutków wstrzykiwania podskórnego tyroidyny, Dr. Robin nie uważa swego zadania za skończone a chorego za wyleczonego; przez dostarczenie organizmowi dziecka pierwiastku brakującego, zwiększyła się żywotność wszystkich funkcyi, lecz o tyle, o ile codziennie wstrzykiwano tyroidynę; z ustaniem tej czynności należy się obawiać powrotu stanu chorobowego. Doszczętne leczenie polegałoby na przeszczepieniu gruczołu tarczykowego z zwierzęcia na chorego, co też Dr. Robin uczynił, posługując się metodą Lannelonguea, t. j. użył gruczołu z barana i wszczepił go pod skórę chorego. Lecz na tem, nadzwyczaj zajmującem miejscu kończy się tymczasowe doniesienie Dr. Robina; a gdyby nie były zabarwione pesymizmem nasze nadzieje co do wartości czynnościowej gruczołu przeszczepionego, doświadczenia Dr. Robina miałyby na razie wielką wartość teoretyczną a miejmy nadzieję, że w przyszłości znajdą zbawienne zastósowanie praktyczne.

Dr. Comby wstrzykiwał pankreatynę w jednym przypadku ciężkiej cukrzycy: lecz przypadek ten odznaczał się nadzwyczajną złośliwością a wstrzykiwania robiono zbyt krótko, ażeby z zupełnie ujemnego skutku tego odosobnionego doświadczenia już wolno było zawyrokować o nieużyteczności leczenia cukrzycy pankreatyną.

Z powyższego sprawozdania wypada, że metoda lecznicza Brown-Séquarda pozostaje jeszcze w okresie prób i doświadczań a jako zupełnie dla organizmu ludzkiego nieszkodliwą, powinni dalej badać klinicy. (*Le Progrès Medical, Nr. 1, 1893 r.*) *Dr. A Kwaśnicki.*

Ginekologia.

Henry: **Gazy w macicy podczas porodu, powstałe skutkiem rozkładu gnilnego i bez niego.**

Autorka, starsza położna w Maternité w Paryżu, rozpoczyna swą pracę od znanych i przyjętych ogólnie poglądów. Zastanawia się nad przyczyną kwilenia płodowego wśród macicy i przypuszcza, że powietrze wprowadzone w jakikolwiek sposób do worka płodowego, może się dostać do ust płodu, wywołać wdech a wydalone podczas wydechu przechodząc przez obecne jeszcze wody płodowe, sprawia szelest podobny do kwilenia dziecka. Możliwości powyższego dowodzi przypadkiem obserwowanym w Maternité, w którym płód urodzony nieżywo, miał tak dokładnie płuca wypełnione gazami, jak dziecko, które oddechało przynajmniej 2 godziny.

Dalej zadaje sobie pytanie: zkąd mogła się wziąć tak znaczna ilość gazów w worku płodowym? Aby odpowiedzieć na to pytanie, podjęła szereg ścisłych doświadczeń, które ją doprowadziły do następujących rezultatów a mianowicie: że łożysko, wody płodowe same i zmięszane ze smołką mogą po chwilowem zetknięciu się z powietrzem atmosferycznem wytwarzać pod wpływem ciepłoty około 38°C. w ciągu kilku godzin znaczną ilość gazów bez gnicia; te same zaś części ochronione od zetknięcia się z powietrzem, nawet po dłuższym przeciągu czasu, pod wpływem tej samej ciepłoty nie wydają ze siebie najmniejszej ilości gazów. Doświadczenia te robiono w kloszu połączonym z manometrem, lub też w cylindrach wypełnionych rtęcią i umieszczonych w termostacie.

Wyniki były takie jak n. p.: łożysko objętości 380 c. sześć. po 10-ciu godzinach w ciepłocie 40°C. wydało w zetknięciu z powietrzem 27 c. sześć. gazu. Wody płodowe same w tychże warunkach po 10 ciu godzinach w ciepłocie 38°C. dawały 5—6 ciu razy większą objętość gazu od swej objętości. Substancye te bez zetknięcia się z powietrzem nie wydawały gazów. Wody płodowe zmięszane ze smołką w ilości 55. cm. sześć w ciepłocie 35°C. wydały ze siebie 36 c. sześć. gazu. Że takie wytwarzanie się gazów i następowa znaczna odma (rozdęcie) macicy może sprowadzić bardzo ważne i groźne skutki tak dla matki jak i dla płodu, bo nawet nagłą śmierć matki przez dostanie się gazów do żył macicznych a z nich do serca, wiadomo powszechnie.

Odmę macicy rozróżnia H. dwojaką i tak: wytworzoną sztucznie przez wprowadzenie, chociażby bardzo małej ilości powietrza atmosferycznego do jamy macicy i przez następowe wydobycie się gazów bez rozkładu gnilnego, a płód jest żyjący, a drugie z rozkładu gnilnego jaja płodowego w obec płodu obumarłego. Przypadki pierwszej kategoryi uważa za znacznie rzadsze od przypadków drugiej kategoryi. Rozpoznanie pierwszych opiera głównie na odgłosie bębenkowym nad macicą, na słabych bólach porodowych pod warunkiem, że stan ogólny tak dobrze matki jak i dziecka jest dobry, gdy przeciwnie w przypadkach odmy z rozkładu gnilnego, znajdywała prócz powyższych zawsze objawy ogólnego zakażenia gnilnego.

W myśl tego w pierwszych przypadkach, gdy płód żyje, rokuje H. pomyślnie tak dla matki jak i dla płodu; zwraca tylko uwagę na szczególną skłonność noworodków do przypadów ze strony narządu wzrokowego. W przypadkach drugich rokuje bardzo niekorzystnie. Co do postępowania, to w pierwszych zdaniem autorki należy wyczekiwać i tylko w obec następowego osłabienia bólów porodowych przystąpić do ukończenia porodu; gdy zaś rozkład gnilny sprawia odmę, uważa za obowiązek lekarza szybkie ukończenie porodu w sposób najłagodniejszy dla matki. W tych razach zaleca wreszcie dokładne przepłukanie macicy i pochwy i kładzie nacisk na leczenie skierowane przeciw zaburzeniom gnilnym w połogu. Na poparcie swych zapatrywań przytacza autorka 9 przypadków obserwowanych przez siebie. (*Annales de gynécologie et d'obstétrique. Janvier 1893*). *Dr. Zoll.*

Choroby skórne i weneryczne.

K. Kopp (w Monachium): **O użyciu eurofenu w chorobach wenerycznych.**

Jodoform zajmujący teraz w leczeniu wrzodów miękkich i dymienic tak wrzodziejących (*ulcerosi*) jak i sympatycznych pierwsze miejsce, trafia nieraz na wielki opór ze strony chorych, którzy albo go nie znoszą z powodu właściwej woni albo go nie chcą i słusznie, bo ich zdradza. Próby zastąpienia jodoformu w takich przypadkach innemi środkami, że tu wymienimy tylko pirogalol, kwas salicylowy, sozojodol, arystol i dermatol, jakkolwiek w wielu razach wypadły pomyślnie, okazały, że przecież żaden z nich nie może we wszystkiem zastąpić jodoformu.

Dlatego autor postanowił próbować idąc za poleceniami innych eurofenu i zdaje sprawę ze swych doświadczeń w tej mierze.

Co do wrzodu miękkiego. Autor wybrał do prób 19 przypadków o rozpoznaniu niewątpliwem. W pięciu wrzód wyskrobał podług zalecenia Petersena z użyciem dla znieczulenia miejscowem eteru; rany ztąd powstałe, dosyć mocno krwawiące, ucisnął kompresami napojonemi sublimatem a po ustaniu krwawienia opatrzył na sucho proszkiem z jednej części eurofenu a trzech kwasu borowego bardzo miałkiego (*subtilissime pulveratum*). Skorupki w ten sposób powstałej nie usuwał, lecz tylko posypywał ją codziennie po dwa razy tym samym proszkiem z eurofenu i kwasu borowego. Wrzody pogoiły się bardzo prędko po 4 do 11 dniach tego leczenia. Dymienicę ropną w jednym przypadku powstałą wyleczył Kopp tym samym sposobem po przecięciu i wypuszczeniu ropy w 17 dniach. W dalszych 14 przypadkach oczyszczał autor wrzody miękkie naprzód starannie

watą napojoną 1‰ roztworem sublimatu a następnie posypywał albo czystym eurofenem albo (przeważnie ze względów ekonomicznych, bo eurofen jest jeszcze dosyć drogi) proszkiem złożonym z eurofenu i kwasu borowego w stósunku albo równych części albo jak 1 : 3 lub nawet 1 : 5, zwykle po dwa lub trzy razy dziennie oczyściwszy przed każdem posypaniem starannie wrzody wymienionym roztworem sublimatu. Leczenie takie trwało nazwyczaj od 6 dni do 6 tygodni, średnio 17 dni. Jest rzeczą ważną, by eurofen dostawał się zawsze na powierzchnię wilgotną i wydzielającą. Użycie eurofenu nie usuwa bynajmniej obawy o powstanie dymienic.

C o d o d y m i e n i c, to w dymienicach stanowiących znów wrzody miękkie, powstałe czy to przez następowe zakażenie otwartych gruczołów ropiejących, czy też przez wessanie jadu przez naczynia limfatyczne, wyskrobywał K. łyżeczką powierzchnię wrzodu, odcinał w razie potrzeby wystające płaty i strzępy skórne, desinfekcyonował dokładnie a następnie opatrywał proszkiem złożonym z jednej części eurofenu a dwóch kwasu borowego. Oddziaływanie bywało bardzo małe, zwykle po trzech dniach ginęły cechy wrzodu a pozostawała rana, gojąca się podczas dalszego używania eurofenu w 16 do 20 dniach. Dymienice sympatyczne z następowem ropieniem w pachwinach leczył K. w ten sposób, że po otwarciu ich i wyskrobaniu powierzchni tudzież desinfekcyi roztworem sublimatu wypełniał rany kompresami posypanemi proszkiem z eurofenu i kwasu borowego w stosunku 1 : 5. Ropnie takie goiły się w 14 do 32 dniach bez reakcyi za użyciem przerzeczonego proszku.

I przeciw szyszkowinom plaskim w okolicy części płciowych i rzyci (*regio genito-analis*) używał eurofenu z kwasem borowym w stosunku, jak 1 : 3, przed ogólnem leczeniem rtęciowem, nie otrzymał jednak skutku osobliwego a przynajmniej takiego, którego nie można uzyskać innemi środkami. (*Ther. Mtshefte. Marzec, 1893*).

R ö r i g (w Wildungen): **Niepożądane działanie piperacyny.**

Autor, praktykujący od dawna w zdrojowisku, mającem ustaloną już sławę pod względem swego działania na kamienie moczowe, nie mógł przekonać się o korzystnym wpływie na tę chorobę piperacyny zalecanej gorąco przez prof. Ebsteina z Getyngi. Mimo tego spróbował jej w dwóch przypadkach: w jednym, gdzie przypady przemawiały za kamieniami nerkowemi, opierającemi się leczeniu wodą wildungeńską i w drugim, w którym za przyczynę obecności białka w moczu w nader małej ilości uważać trzeba było kryształki kwasu moczowego drażniące nerki. W obu po użyciu piperacyny pojawiło się nagle w moczu białko, co autor z braku wszelkiej innej przyczyny dającej się wykazać uważa za skutek tego leku i dla tego nie uważając piperacyny bynajmniej za lek niewinny, radzi postępować z nim bardzo ostrożnie w przypadkach, gdzie nerki nie są zupełnie zdrowe. (*Ther. Monatshefte. Marzec 1893*). *D.*

Prof. N e u m a n n: **O późnej kile.**

Według spostrzeżeń autora przyczyniają się do powstawania kiły trzeciorzędnej następujące okoliczności: złe stosunki higieniczne i klimatyczne, zakażenie wyskokowe, choroby ogólne (gruźlica, bagiennica, gnilec, moczówka), dalej choroba Brighta a głównie zupełny brak lub niedostateczność leczenia zmian wczesnych kiłowych.

Autor nie pojmuje kiły trzeciorzędnej według myśli Virchowa, jako wyłącznie przyrzutu, lecz mniema, iż w największej liczbie przypadków pozostałe w tkankach resztki wysięków rozplemiają się ponownie pod wpływem pomienionych przyczyn.

Trzeciorzędna kiła wynosi 6·82% wszystkich przypadków kiłowych, jak to widać ze statystyki 9742 przypadków klinicznych. Najczęściej pojawia się w trzecim roku po zakażeniu, wszelako okres ten zmienia się w bardzo szerokich granicach.

Najczęściej występują zmiany chorobowe na skórze, błonie śluzowej i w kościach. Co się tyczy kiły tak zwanej swojskiej, która zdarza się w pewnych krajach, jak n. p. w Norwegii, Dalmacyi a przedewszystkiem w Bośnii i Hercegowinie, to nie jest ona wcale chorobą *sui generis*, lecz raczej zgubnie przebiegającą kiłą trzeciorzędną, wśród której niektóre przypadki do kiły dziedzicznej później zaliczyć wypada. Znaczniejszego przenoszenia się choroby na późniejsze pokolenia nie dowiedziono. Wypadki badania krwi dosyć się zbliżają do takich w okresie drugorzędnym; stale zmniejszoną jest ilość hemoglobiny, mniej zwraca uwagę zmniejszenie czerwonych a pomnożenie białych ciałek krwi. (*Berlin. Klin. Wochenschr. 1892. 44*). *Dr. Skobel.*

Choroby nerwowe.

W. H i g i e r: **Kilka słów o jąkaniu się histerycznem.**

Wśród objawów histeryi jednym z rzadszych i najmniej uwzględnianych jest jąkanie się t. zw. histeryczne. Pierwszy zwrócił uwagę na ten objaw Charcot i zajął się dokładniejszem jego zbadaniem a uważa go za przejście z niemoty histerycznej do wymowy prawidłowej lub też niekiedy za wstęp do niemoty. Następne spostrzeżenia nie potwierdzają tego zdania: widywano bowiem u osób histerycznych jąkanie się występujące zupełnie samodzielnie i znikające następnie bez śladu. Objaw ten w macicznicy nie stanowi sam przez się nic tak dalece cechującego i co do postaci zboczenia w mowie występuje w rozlicznych formach i z różnem nasileniem, wywołując bądźto nieznaczne tylko upośledzenie w łączeniu ze sobą zgłosek i wyrazów, bądź też upośledzając wymowę do tego stopnia, że staje się ona zupełnie prawie niezrozumiałą. To też dopiero zbiór objawów histerycznych, nagłe znikanie i powstawanie jąkania się pozwalają na określenie istotnej jego podstawy. Najczęstszą, bezpośrednią przyczyną wywołującą są wzruszenia psychiczne i we wszystkich prawie opisanych przypadkach histeryi, gdzie objaw ten spostrzegano, takiem było jego pochodzenie. Wyczerpujący opis podobnego przypadku podaje autor ze swoich spostrzeżeń. Odnosi się on do młodej, 21-letniej kobiety, u której spostrzegano cały zbiór przypadów ciężkich, jak napady nerwowe z utratą przytomności, uporczywe wymioty, porażenie kończyn dolnych, chwilową niemotę i zajmujące nas obecnie zboczenia w mowie. Jąkanie to cechuje się przeciąganiem głosek i zacinaniem się na każdej samogłosce: niekiedy poprzedzają wyraz, który chora chce wymówić, zbyteczne głoski. Dźwięk i miara mowy chorej zmienione a każde pytanie do niej zwrócone, każde zmęczenie pogarsza jeszcze wymowę i czyni ją trudniejszą dla chorej a niezrozumialszą dla jej otoczenia. Za pomocą suggestyi i faradyzacyi krtani udało się usunąć porażenie kończyn i jąkanie się i z chwilą wystąpienia chorej ze szpitala pozostały tylko wymioty, przeczulica kręgów i jajników. Późniejsze badanie wykazywało jąkanie się występujące w postaci napadów 5—10 minut trwających, po lewej stronie kurcz mięśniów twarzy i języka tudzież zwężenie pola widzenia.

Za źródło zboczeń mowy w histeryi uważa autor korę mózgową wbrew zdaniu Balleta i Tissiera, którzy odnoszą je do nieprawidłowego kojarzenia się ruchów w samym narządzie mowy a więc nadają im cechę więcej obwodową. (*Gazeta lekarska Nr. 39, 1892*). *Dr. Ludomir Korczyński.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciw oparzeniom i nadżarciom skóry zaleca Siebel eurofen w maści 3% według formuły:

34) Rp. *Europheni* 3·00
Olei olivarum 7·00
Vaselini 60·00
Lanolini 30·00
M. f. ungtum.

(*Berl. klin. Wschrft. 8. 1892*).

We Francyi używają obecnie przeciw gruźlicy wstrzykiwań podskórnych z wyjałowionych roztworów kreozotu, gwajakolu, jodoformu, eukaliptolu i krezolu, między innemi według przepisów:

35) Rp. *Guajacoli* 10·00
Olei olivarum
q. s. ad 100 ccm.

36) *Cocaini muriatici* 0·50
Guajacoli
Olei amygdalarum
āā 25·00

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22. lutego 1893 r.
Prezes: kol. Łazarski. — Obecnych członków 30.
Goście: kol. Drowie Bogdanik i Łucki.

I) Kol. Prezes odczytuje następujące pisma: *a*) c. k. Namiestnictwa, które przyjmuje do wiadomości zamianowanie Pasteura z Paryża członkiem honorowym Towarzystwa; *b*) od Komitetu polskiego na Zjazd lek. w Rzymie, donoszące o swem ukonstytuowaniu się i wybraniu kol. prof. Cybulskiego prezesem a kol. Radeckiego sekretarzem; *c*) pismo Komisyi przemysłowo-lekarskiej, donoszące o ukonstytuowaniu się z kol. prof. Korczyńskim jako prezesem, — i o przybraniu do swego grona kol. Lud. Korczyńskiego i Piątkowskiego. Przybranie pomienionych kolegów Towarzystwo potwierdziło; *d*) pismo Komisyi przemysłowo lekarskiej o pobudzenie do wzięcia udziału w wystawie lwowskiej. Na wniosek kol. Prezesa uchwalono jednomyślnie odstąpić to pismo Komitetowi do zbadania i powzięcia dalszego postanowienia; *e*) pismo Komisyi przemysłowo-lekarskiej, by Towarzystwo lek. krak. uchwaliło wykreślić z listy środków polecanych mleko dostarczane z Grodkowic, a to z powodu zaniedbywania się w wykonywaniu przepisów, zwłaszcza nie nadsyłania świadectw lekarskich i weterynarskich o stanie zdrowia obory, pomimo kilkakrotnego upominania. W dyskusyi nad tem pismem zabierali głos koledzy: Walentowicz, Obaliński, Ponikło, Gluziński, Sliwiński i Mars. Wniosek Komisyi większością głosów przyjęto.

II) Kol. Sliwiński przedstawia cztery próbki wazeliny krajowej, mającej być poleconą przez Komisyę przemysłowo-lekarską. Kol. Sliwiński odczytał także świadectwa badania jej przez prof. Rydla i Steingrabera.

W dyskusyi zabierają głos koledzy: Zarewicz, Mars, Gluziński, Sliwiński i Prezes, poczem Towarzystwo lek. krak. uchwaliło jednomyślnie polecić Komisyi przemysłowo lekarskiej poddać wspomnianą wazelinę dalszym próbom pod okiem dermatologów.

III) Kol. Ponikło miał zapowiedziany wykład: O sposobie ułatwiającym wykrycie prątków cholerycznych w wodzie (umieszczony w Nr. 8 *Przegl. Lek.*).

W dyskusyi zapytał się prelegenta kol. Kryński, czy odmierzał pewną ilość stałej 10% pożywki bulionowej, czy też dowolną ilość. W odpowiedzi kol. prelegent zaznacza, że używał mniej więcej 10% pożywki, ale w dalszych badaniach zwróci i na to baczną uwagę. Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

V. Ze Wschodu.

Zarysy lekarskie.

Przez

I. Ilg . . .

Oparłszy się dziś aż na dalekich krańcach świata, postanowiłem nawiązać z Wami dawne stosunki, dzieląc się temi wrażeniami, jakie tu lekarz zdobyć może. Pisząc z nad granicy chińskiej z obwodu Zabajkalskiego, oddalonego od naszego prastarego Jagiellońskiego grodu omal, że nie na $8^1/_2$ tysięcy wiorst, nie wzbogacę Waszych wiadomości ostatniem słowem nauki, nie znajdziecie w moich pismach pouczających praktycznych zdobyczy wiedzy zachodniej z dziedziny pasożytniczej lub wyników prac doświadczalnych z medycyny, lecz tem nie mniej znajdzie się tu wiele godnego, mogącego zainteresować również przyrodnika jak i lekarza.

Syberya w ogóle, z jednej strony jako kolonia rosyjska, z drugiej jako kolebka ludów azyatyckich, przedstawia wiele ciekawych cech sobie tylko właściwych a ta część jej wschodnia, aż na pograniczu Chin położona pomiędzy 71 i 91° długości i 51 i 56° szerokości geograficznej, jest tem ciekawszą, że obok kultury zachodniej ścierają się z nią walcząc o lepsze dwie inne, buddyjska przeszła z Tybetu do Mongolii a od niej jeszcze w zeszłym wieku do buriatów rosyjskich, i pograniczna chińska. Opodal po Ononie, Szylce i Amurze koczują w stanie jeszcze dzikim Aidy, Goldy, Gilaki i inne pomniejsze ludy dziś wciąż wymierające, do których to przylega inna, stara cywilizacya Japonii, ścierająca się znowu z nowo wprowadzoną europejską.

W tym nowym świecie wszystko do koła pochłania czas i uwagę tak, że trudnem się staje przedwczesne zakreślanie granic swoim badaniom; jeśli tego dokonać nie mogli wielcy badacze Syberyi, jak Pallas, Siewers, Georgi, Miller, bracia Gmelinowie, to tembardziej lekarz, którego odrywają obowiązki natury bardziej praktycznej; pracując samotnie, bez wskazówek i pomocy, trzeba więc nie przebierając zdobywać, co się da, i okupiać nieraz drogo te zdobycze.

Wyżej wspomniałem, że oprócz Rosyan uosabiających kulturę europejską żyją ludy z pokrewną sobie cywilizacyą azyatycką; jednak każdy z nich stara się zachować odrębność i nie zatracać wiekowych swych zdobyczy cywilizacyjnych, czy to w zakresie wierzeń i obyczajów, czy też wierzeń i przesądów przyrodniczo lekarskich. Każdą z powyższych grup ludności rozpatrzmy oddzielnie, zaczynając od napływowej ludności rosyjskiej, której liczba w Syberyi stanowi do 7 milionów, a przeszło 700 tysięcy tak zwanych „inorodców“, właściwych aborygenów kraju. Rosyjska kolonizacya Syberyi rozpoczęła się trzysta lat temu, gdy pierwszy jej zdobywca, kozak Timofej Jermak, poniekąd słusznie Krzysztofem Kolumbem Syberyi zwany, wskazał nowy świat carstwu Moskiewskiemu. Od tego czasu w miarę posuwania się naprzód wojsk kozackich szła i ludność osiedlać zajmowane pustynie. Ludzie śmielsi i odważniejszej natury szli dobrowolnie na kolonizacyę, znajdując w nowym kraju więcej przestrzeni i swobody; większa zaś ilość przymusowo, jako skazana na wygnanie. Z rozmaitych miejscowości obszernego państwa przez lat 300 rekrutowała się ludność tutejsza, w skład której weszły żywioły, jak wielkoruski, tak też i małoruski, a w części i polski i z nich wytworzył się następnie typ współczesnego Sybiraka. Typ ten w wielu miejscach ulegał pewnej zmianie, stosownie do spotykanych żywiołów, z którem się mieszał, w zachodniej Syberyi z Ostyakami, Tatarami lub Sajotami, we wschodniej położyli swe piętno Jakuci, Buryaci i inni. Oprócz różnorodnych wpływów kilku kultur, pojęć i wierzeń, jak przyniesionych tak i zapożyczonych u tutejszych aborygenów, na miejscowem społeczeństwie odbiły się mocniej, niż gdzie indziej, cechy indywidualne przyniesione tu przez przybyszów, jak odwaga, siła woli, nie cofająca się przed niczem, występek i częściej, niż gdzie indziej, wpływy newropatyczne.

Ludność rosyjska administracyjnie składa się z 3 warstw: z włościan, kozaków i „osiadłych inorodców“. Włościanie, przybyli dobrowolnie lub przymusowo z różnych dzielnic państwa, zowią siebie „Sybirakami“ i uważają za ludność rdzennie miejscową. Kozacy bardziej jeszcze przemieszani, składają się z ludności rosyjskiej, powstałej z zsyłanych z różnych pułków żołnierzy i inorodców. Kozacy mają osobny swój zarząd i prawa. Nakoniec trzecia warstwa „osiadłych inorodców“ od paru pokoleń przyjęła prawosławie; zaprzestawszy pędzić życie koczujące, otrzymała za to ziemię i pewne przywileje, jako to: nie daje rekruta i płaci

mniejsze podatki. Ludności tej warstwy w Zabajkalii liczą przeszło 22 tysiące. Tworzy ona przechodowy typ od buryacko mongolskiego do europejskiego. Typ buryacki nie łatwo swe cechy zatraca; najprędzej zaciera się barwa żółtawa skóry, włosy zaś i oczy ciemne, zęby białe i budowa mongolska czaszki krótkogłowej, o twarzy płaskiej, wydatnych jarzmach i przypłaszczonym nosie zachowuje się przez kilka pokoleń.

W Syberyi wschodniej wogóle typ jasny, wielkorosyjski znacznie się zatarł w połączeniu z miejscowym typem ciemnym, który tu zyskał na tyle prawo obywatelstwa, iż metyści z Mongołami, w języku miejscowym „karymami“ zwani, stanowią ideał piękna opiewany w pieśniach ludu. Krzyżowanie się tej rasy w następnych pokoleniach nie wydaje ludzi silnej budowy; mało się rozradzają, oddają się nałogowi pijaństwa a pod względem moralności i umysłowych zdolności stoją o wiele niżej od samych Buryatów. Przestępcy najczęściej rekrutują się z tej warstwy. I nic dziwnego, gdyż tylko ludzie słabszej woli dla zysków lub zmuszeni innemi okolicznościami, porzucają swe ogniska domowe i życie koczujące, zamieniając je na osiadłe, z tak odmiennemi warunkami, które nie każdy organizm przenieść zdoła. Wzięty do wojska ze stepów Buryat albo przed czasem zostaje zwolniony lub po kilku latach służby wraca do swej koczowniczej jurty upadły na ciele i na duchu. Co do metystów popisowych, wyróżniają się oni niewielkim wzrostem, słabą fizyczną budową, wązką piersią, rzadko kiedy wytrzymującą wskazaną połowę miary wzrostu. Do najczystszej wielkorosyjskiej ludności w Zabajkalii należy zaliczyć Staroobriadowców, zwanych tu „Siemiejskiemi“, dla tego, że przybywali rodzinami („s'emjami“). Zamieszkują oni w liczbie 40 tysięcy kilkanaście wsi okręgu Wierchnie-Udinskiego po nad Czykojem; przesiedleni tu przez Katarzynę II w roku 1763 z ziem dawnej rzeczypospolitej (obecnej gub. Mohilewskiej, pow. homelskiego) przechowują po dziś dzień tradycyą swego pochodzenia i zwą siebie zwykle Polakami. Jest to lud wysokiego wzrostu, zdrowy i silnej budowy, o niezatartym dotąd pięknym typie jasno słowiańskim i z tego powodu obrałem go za przedmiot swoich badań antropologicznych.

Kontynentalny, zbytnio suchy klimat tutejszy posiada właściwie tylko dwie pory roku. Lato gorące z temperaturą przechodzącą nieraz w połowie $+40^\circ$ R. W początkach sierpnia rozpoczynająca się jesień wyróżnia się jedynie przy upalnych dniach chłodnemi a następnie mroźnemi nocami, przechodząc bez słót i deszczów w stałą, surową zimę z -30 do -40° R. W lutym i marcu dmą silne wiatry północno-wschodnie. Przy wysokiem położeniu nad powierzchnią morza, od 2500 do 3000 stóp, i gruncie piaszczystym, śnieg rzadko gdzie utrzymać się może; rok okrągły tumany pyłu unoszą się w powietrzu. Klimat tutejszy górski i krzepiący, powietrze nadzwyczaj czyste, większość dni w roku jasnych, oświeconych blaskiem silnie operującego słońca; jeśli do tego dodamy jeszcze ową, jak nigdzie może w Europie, przeźroczystość powietrza, grunt piaszczysty, ze znacznym pokładem kamienia, przeciekające w różnych kierunkach o krystalicznej wodzie górskie potoki i strumienie, dalej słabe zaludnienie i utrudnioną wskutek ogromnych przestrzeni komunikacyę, to otrzymamy pomimo surowości klimatu warunki wielce zdrowotne i mało przyjazne dla rozwoju chorób zakaźnych. Kraina Zabajkalska nie tylko pod względem bogactw ukrytych w ziemi zajmuje najprzedniejsze miejsce w Syberyi, lecz jeszcze obfituje w niezliczoną ilość źródeł mineralnych rozmaitych własności, które tu nie rychło będzie można wyzyskiwać.

Najpospoliciej trafiają się źródła słone; najwięcej a bodaj jedynie uczęszczanemi są pod Bajkałem w okręgu Barguzińskim wody Turkińskie, pośród niezaludnionej pustyni leśnej, pospolicie w mowie miejscowej tajgą zwanej; źródła to gorące, siarczane, zalecane w zestarzałych formach kiły (przymiotu), zołzach i reumatyzmie. Wody te jednak, administrowane przez rząd, są w wielce opłakanym stanie, pomimo że mają stałego lekarza, którego zajęcie ogranicza się do paru letnich miesięcy, w ciągu których przysyłają tu na leczenie do 200 osób przeważnie żołnierzy; przez resztę zaś czasu może ów lekarz polować na wilki lub niedźwiedzie. Dalej na południe bliżej szczytów Czykoju w okręgu Wierchnie Udińskim leżą wody Jamarowskie, sodę i fosforan wapniowy przeważnie zawierające, nasycone kwasem węglowym i składem swym chemicznym zbliżone do źródeł Vichy. Latem zgromadza się w nich do 60 osób a w tej liczbie i Buryaci posyłani tu przez „łamów“ a nierzadko chorzy sami się leczący na najrozmaitsze choroby. Prof. Zaleski z Tomska położył osnowę ściśle naukowych badań źródeł mineralnych Syberyi pracami nad rozbiorem wód jezior Ingolu i Sziro w Syberyi zachodniej; w przyszłości może rozszerzy swe badania i na wiele obfitszy w źródła mineralne obwód Zabajkalski, jeżeli już nie ze względów praktycznych, to przynajmniej dla rozszerzenia naszych szczupłych wiadomości o przyrodzie tego kraju.

Jak już powyżej wspomniałem, choroby zakaźne słabo się tu rozwijają; najczęściej spotykane u dzieci wysypki: odra, płonica przebieg tu mają łagodny, ospa, przy zapobiegliwem szczepieniu, które nawet łamowie buryaccy pomimo niedowierzania europejskiej medycynie przyjmują, mało się wśród ludności szerzy; rzadko spotykają się twarze ospecone ospą, jedynie znaczny ich procent śród staroobriadców, którzy z zasady religijnej nie chcą szczepić limfy; wreszcie dur i błonica złośliwa, wywołująca taką panikę u ludności Rosyi południowej, z którą napróżno najczęściej staczały walkę oddziały czerwonego krzyża, tu mało są znane. Choroby połogowe, wszelkie zakażenia krwi, wodowstręt, wyjątkowo tylko się spotykają. Kobiety w ogóle płciowo późno się rozwijają, po wyjściu za mąż są płodne, według zebranych przeze mnie materyałów, ilość rodzących się średnio dzieci rocznie przewyższa o $^2/_3$ części zmarłych. — Chcąc wyśledzić, o ile życie osiadłego ludu jest dłuższe od koczującego, zebrałem dane na większe zasługujące zaufanie po cerkwiach prawosławnych; co do koczujących Buryatów, to czy rozmyślnie czy przez niedbałość ich administracyi zdają się ukrywać liczbę urodzin i śmierci tak, że w zebranych przeze mnie wiadomościach liczba wypadków śmierci o $^2/_3$ przeważa liczbę urodzin, z czem znając ich byt zgodzić się trudno, aby ten sam był los Buryatów, co wymierających północnych inorodców Syberyi jak Ostjaków lub Jakutów; przeciwnie, widząc i dotykając się bliżej spraw zdrowotnych tutejszych, jestem zdania, że ludzkość buryacka, żyjąc w swych jurtach koczowniczych, wśród niewygód, mocno jest zahartowana. Krwawa biegunka, jedyna może choroba zakaźna, corocznie latem nawiedzająca Zabajkalią i dająca znaczną śmiertelność pośród dzieci rosyjskiej osiadłej ludności, u Buryatów mało jest znaną; nie tak jedzenie surowizn (bo oprócz jagód hołubic, czeremchy, innych Syberya nie posiada w let-

nich miesiącach), jak ochłodzenie żołądka sprawia porażenie organów trawienia u dzieci wątlejszych rasy europejskiej; zahartowana jednak na chłód i jedzenie rasa mongolska będąca aborygenami tutejszymi, chorobie tej znacznie mniej podlega. Co do cholery, ta nigdy jeszcze nie nawiedziła Syberyi Wschodniej; podczas epidemii w Rosyi europejskiej pokazała się już raz przed 30 laty w Zachodniej, a jesienią 1892 r. powtórnie nawiedziła dotkniętą głodem gubernię Tobolską, dziesiątkując jej ludność i dając na ogół wymarłej ludności poważną liczbę do 5 tysięcy. W gubernii Tomskiej z 900 chorych zmarło przeszło 400 a najdalszemi punktami, do których dotarła cholera, były powiatowe miasta Aczyńsk i Maryjsk z kilkoma ofiarami śmierci. Pomimo tego, iż epidemia nie przeszła granic gub. Jenisejskiej, jednakże ogromna jej śmiertelność w słabo i tak zaludnionej Syberyi, sprowadziła znaczną panikę na Syberyą Wschodnią, poczynającą wątpić, że i na przyszłość, zechce jej oszczędzić ta straszna choroba. Wzięto się po raz bodaj pierwszy, do asanizacyi miast i wsi, „powołania do niejakiej czynności komitetów zdrowia publicznego, nakreślenia projektów walki z oczekiwaną cholerą, wreszcie do sprowadzenia lekarzy, urządzenia kwarantanny i t. p.“ Czy w razie wznowienia się na wiosnę cholery, dziś przycichłej w Syberyi Zachodniej, przejdzie ona dalej na Wschód, ciekawem jest to pytanie. Jako stała mieszkanka Indyj i Chin, cholera w sposób zastraszający co lato dziesiątkuje ludność miejscową, tem mocniej, im dalej na południe, począwszy od stolicy państwa Niebieskiego, Pekinu, dalej Chańhau, Kałganie i inne większe i mniejsze miasta nawiedza. Przy nieustannych stósunkach z położoną o 4 tysiące wiorst nad powierzchnią morza Mongolią, graniczącą z Syberyą Wschodnią, wyniosłą krainą zabajkalską, — cholery jednak nigdy tu jeszcze nie zaniesiono. Zaobserwano to i w Indyach, iż są miejscowości, wyjęte od szerzenia się tej choroby; do rzędu ich zalicza Pettenkofer w Europie (*Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage*) pewne części miasta Monachium, Norymbergi, Fryburg; dalej słabo szerzy się zwykle cholera w Dreznie i wogóle w Saksonii, Inspruku, Salzburgu, Bozen, Lugdunie we Francyi i t. d. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Minister oświecenia austryacki przedłożył Izbie deputowanych Rady Państwa projekt do prawa w przedmiocie uzyskania funduszów na budowę zakładu anatomiczno-fizyologicznego dla przyszłego wydziału lekarskiego we Lwowie.

— Jak donosi *Medycyna*, opracowano nowy statut dla Zakopanego jako stacyi klimatycznej. Bawiący w tem miejscu już od pewnego czasu Drowie Matlakowski i Władysław Florkiewicz starają się o to, by z Zakopanego zrobić zimową stacyę dla chorych na płuca na wzór Davos.

— **Konkurs.** Dyrekcya kolei północnej (z Krakowa do Wiednia) ogłasza: Z dniem 1. czerwca r. b. będzie do obsadzenia posada lekarza kolejowego w Krakowie przy Dyrekcyi kolei północnej dla drogi żelaznej między Krakowem (wyłącznie) a Zabierzowem (włącznie) i Bonarką (włącznie). Stała roczna płaca 700 złr.; oprócz tego otrzymuje lekarz kolejowy wynagrodzenie w kwocie 100 złr. rocznie za użycie dla kolei swego pokoju ordynacyjnego, dopóki kolej nie urządzi dla niego własnego lokalu ordynacyjnego. Lekarze władający językiem polskim i niemieckim i mogący wykazać się kilkoletnią praktyką szpitalną w oddziałach chirurgicznych i położniczych mają wnieść podania do Dyrekcyi kolei najpóźniej do 15. kwietnia r. b. z dołączeniem żądanych świadectw.

— **Cholera.** W ostatnich dniach pojawił się znowu przypadek cholery w Hamburgu i również w Kudryńcach w powiecie borszczowskim w Galicyi. W Rosyi europejskiej występuje cholera jeszcze najbardziej w gubernii podolskiej, gdzie według urzędowych wiadomości od 13. do 28. lutego (s. s.) zachorowało 305 a umarło 59 osób.

— Ministrowie pruscy spraw wewnętrznych i oświaty wydali dwa ważne rozporządzenia tyczące się cholery. Z uwagi, że w ostatniej epidemii cholery pokazało się, że przywóz i przewóz szmat wszelkiego rodzaju, owoców, świeżych jarzyn, masła i sera z krajów cholerą nawiedzonych nie łączy się z żadnem szczególniejszem niebezpieczeństwem i że temu niebezpieczeństwu można zresztą zapobiegać skutecznie w inny sposób bez utrudnienia dla handlu, znosi się pierwszem rozporządzeniem zakaz wprowadzania z Rosyi do Niemiec wymienionych przedmiotów. Drugie rozporządzenie ogranicza desinfekcyą sukien i bielizny za wjazdem w granicę Niemiec tylko do osób na cholerę zapadłych lub o nią przynajmniej podejrzanych.

— Podczas jedenastego międzynarodowego kongresu lekarskiego, odbyć się mającego w bieżącym roku w Rzymie, odbędzie się również międzynarodowa wystawa lekarsko-higieniczna z osobnemi oddziałami dla Krzyża Czerwonego, balneologii i hidrologii.

Miasto Rzym przeznaczyło na tę wystawę pałac Sztuk Pięknych leżący w bliskości miejsca posiedzeń kongresu.

Wystawa otwarta będzie 15. września, trwać będzie przynajmniej do 15. października i obejmować następujące działy:

1) Przyrządy, materyały i plany budynków do badań naukowych i technicznych z zakresu biologii, terapii i higieny.

2) Przyrządy, narzędzia i materyały pomocnicze terapii w różnych gałęziach medycyny.

3) Służba zdrowia i jej materyał techniczny w zakresie publicznej pomocy lekarskiej i ratunku.

4) Plany, modele i materyały w przedmiocie poprawy higienicznej ziemi i asanacyi miast.

5) Plany, przyrządy i materyały w zakresie higieny miast.

6) Plany, modele i materyały urządzeń higienicznych.

7) Przyrządy i materyały z zakresu higieny mieszkań i budynków publicznych.

8) Materyały, przyrządy i przedmioty z zakresu higieny osobistej.

9) Plany, modele, przyrządy i zakłady dla higieny robotników.

10) Nowe książki, fotografie, atlasy, litografie i druki, odnoszące się do nauk lekarskich, biologii i higieny.

Ministerstwo spraw wewnętrznych i komitet wystawy przeznaczają dyplomy i medale dla najlepszych wystawców.

Po programy i informacye zgłaszać się należy do prezesa komitetu wystawy, profesora L. Paglianiego w Rzymie, w gmachu ministerstwa spraw wewnętrznych.

— Drowie Sauvage i Leissen, którym rząd francuski przyznał medale brązowe z okazyi epidemii cholery w Lorient, uwiadomili podprefekta tego miasta, iż nie przyjmują medali sobie udzielonych, nie uważając ich za nagrodę stósowną do usług, jakie oddali miastu podczas epidemii.

— Akademia lekarska w Paryżu otrzymała upoważnienie do przyjęcia legatu Chevillona, przynoszącego rocznie 1500 franków dochodu a przeznaczonego na coroczną nagrodę za najlepszą pracę tyczącą się raka.

— W berlińskiej radzie miejskiej poruszono temi dniami sprawę ustanowienia posad dla lekarzy specyalistów w miejskich szpitalach.

— Paryż konsumuje obecnie rocznie lodu sztucznego około 27000 ton (tona = 1000 kilogramów czyli ciężarowi 1000 kwart warszawskich wody) w cenie po 18 do 19 franków za tonę i lodu naturalnego około 30000 ton po cenie 3 do 4 franków za tonę. Tej różnicy w cenie odpowiada także znaczna bardzo różnica w czystości tak, że w kołach właściwych noszą się z myślą zakazu wyrąbywania lodu z jeziorka Daumesnil w Vincennes jako bardzo zanieczyszczonego.

— Znany syfilidolog paryski, prof. Fournier twierdzi, że na wzór przysłowia o szewcu i dziurawych butach lekarze w cho-

robie najgorzej bywają leczeni, częścią przez obojętność i niedbalstwo ze strony kolegów, częścią przez sceptycyzm terapeutyczny, częścią przez zbytek radzących i leczących a brak jednolitego planu i kierunku. Nie chcemy zaprzeczać, że we Francyi jest tak, jak opisuje Fournier; że u nas bywa zwykle wprost przeciwnie, to zdaje nam się, że nie ulega żadnej wątpliwości. Bywają zapewne i wyjątki, ale gdzież reguła bez wyjątku?

— Z ostatniego zdania sprawy towarzystwa ku wspieraniu wdów i sierót istniejącego w lekarskiem kolegium doktorskiem wiedeńskiem dowiadujemy się, iż toż Towarzystwo miało w roku ubiegłym 329 członków, majątku 2554000 złr. i wsparło 172 wdów i sierót po lekarzach kwotą 117142 złr.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Lainz pod Wiedniem Dr. Józef Krypiakiewicz; w Warszawie Dr. Feliks Wójcikiewicz, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus; w Mohylowie podolsk. Dr. Jerzy Szudro.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 291/93. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Wydział powiatowy w Bohorodczanach rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza dla ustanowionego reskryptem wys. Wydziału krajowego z dnia 9. sierpnia 1892 l. 38180 okręgu sanitarnego z siedzibą w Bohorodczanach obejmującego 11 gmin z ludnością 22911.

Płaca roczna 500 złr. (1000 koron) zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7 ustawy z dnia 2. lutego 1891, Nr. 17 dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskiem, potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) prawo obywatelstwa austryackiego, z przedłożeniem metryki urodzenia;
2) dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej;
3) nieskazitelny charakter;
4) znajomość języków krajowych;
5) praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 15. kwietnia 1893.

Bohorodczany dnia 3. marca 1893.

31—3—3 Prezes: *Józef Szeliński.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 1. Kwietnia 1893. Nr. 13.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Przypadek *endometritis tuberoso-polyposa.*[1])

Podał
Prof. Dr. A. Mars.

Przypadki *endometritis tuberoso-polyposa* u osób ciężarnych, aczkolwiek nie zaliczają się do rzadkich i mają dość obszerną literaturę, nie są dostatecznie zbadane. Pochodzenie ich nieznane, przebieg często zawikłany, badanie i rozpoznanie bardzo utrudnione a rokowanie wątpliwe.

Przed niedawnym czasem miałem sposobność obserwowania przez kilka miesięcy przypadku, który nastręczył mi spostrzeżenia pod względem ważnym, bo rozpoznawczym; podaję go zatem poniżej:

N. N., 35 lat licząca, zamężna, miesiączkowała zawsze prawidłowo w regularnych odstępach czasu. Tuż po zamążpójściu zaszła w ciążę i poroniła, potem rodziła trzy razy, płody żywe, donoszone. 5-ta ciąża przerwana sztucznie z przyczyny krwotoków powstałych z poprzedzania łożyska; urodzony płód niedonoszony i niezdolny do życia, który niebawem obumarł. Następnie roniła dwa razy, poczem przed dwoma laty urodziła płód żywy, donoszony. Przed 6 laty leczyłem pacyentkę z przyczyny bardzo znacznego nieżytu błony śluzowej szyi i jamy macicy z wydzieliną ropną i rozległemi owrzodzeniami części pochwowej.

W pierwszych dniach maja b. r. wezwano mię do chorej, która podała, że obecnie jest w ciąży, ostatni raz miesiączkowała na początku lutego, co tylko odbyła kilkunastogodzinną podróż koleją i cały dzień chodziła za sprawunkami w Krakowie, poczem pojawiły się plamy czerwone. — Badanie podjęte wykazało osobę nader bladą, bardzo niedokrewną, licho odżywioną, znacznie nerwowo rozdrażnioną, kilka plam różowych na bieliźnie. Ciąża w trzecim miesiącu księżycowym, w narządzie płciowym jednak nic osobliwego nie zauważono. W obec tego rozpoznałem dążność do poronienia tem bardziej, że był to właśnie okres miesiączkowy. Zaleciłem leżenie w łóżku, spokój, czopki z makowcem do odbytnicy. Przez 5 dni pokazywały się plamy, acz coraz to jaśniejsze; dziesiątego dnia wstała z łóżka i poczęła chodzić. W ogóle czuła się nie źle i żaliła się tylko na osłabienie. Nadmienić mi tu wypada, że od dwu lat cierpi chora na nawykowe zaparcie stolca skutkiem niedowładu jelit, że trawienie w ogóle bardzo upośledzone a stolce następują tylko po użyciu lewatywy z gliceryny. W dwa tygodnie później umęczyła się bardzo przy łóżku chorego dziecka i dostała znów plam czerwonych. Badanie wykazało stan jak przy pojawieniu się pierwszych plam; zresztą nic osobliwego. Powtórzono toż samo leczenie, tym razem jednak już ze skutkiem nie tak pomyślnym, gdyż plamy czerwone wprawdzie skąpe już to ustawały, już też po 2—3 dniach powracały ponownie a stan taki utrzymywał się przez cztery tygodnie. — W połowie dopiero czerwca opuściła chora znów łóżko. Tym razem czuła się jeszcze więcej osłabioną i zmęczoną i żaliła się na brak apetytu. Mimo to po energicznem odżywianiu się i użyciu środków podniecających apetyt, poczęła zwolna przychodzić do siebie a w kilka tygodni stan ogólny poprawił się znacznie w porównaniu do tego, w którym chora do Krakowa przybyła i w którym ją widziałem podczas pierwszego badania. Przez ciąg kilku tygodni plam żadnych nie było; poruszała się w ogóle mało z obawy, by plamy znów nie powróciły. Ponieważ pacyentka już od kilku miesięcy pozostawała wciąż w pokoju, namawiałem ją usilnie, by na świeże powietrze wychodzić zechciała, co mi się dopiero 1. sierpnia udało. Ułożono zatem, że na pierwszy raz zniesie się chorą po schodach, które ją obawą najwięcej napawały i że przejdzie na tuż koło domu położone plantacye krakowskie. Wyprawa ta a głównie znoszenie ze schodów wywarło na chorą takie wrażenie, iż zaraz dostała obfitych plam czerwonych a niebawem bólów okresowo występujących ze znamionami bólów porodowych

[1]) Rzecz odczytana na posiedzeniu Tow. ginekol. krak. dnia 16. listopada 1892 r.

Badanie wykazało: macica powiększona, stósownie do okresu ciąży sięgająca dnem pępka, od czasu do czasu wyraźnie pod ręką jędrniejе, ruchy płodu wyraźne, części płodowe wyczuwalne przez powłoki brzuszne a ściany macicy cienkie. Sklepienie przednie bardzo wypuklone dolnym odcinkiem macicy, nizko ustawione. Ściana macicy nad sklepieniem przedniem wydaje się grubszą, zbitszą, niepodatną a części poprzedzającej żadnej wybadać nie można. Część pochwowa macicy krótka, zwrócona ujściem ku kości krzyżowej. Zalecono znów spokój i podano po dwa dziennie czopki zawierające po dwa centygramy wyciągu wodnego makowca. Niebawem ustały bóle okresowe i plamy zmniejszać się poczęły. Gdy jednak chciano powstrzymać podawanie makowca, plamy czerwone i ściągania macicy powracały znowu.

Zważywszy wyniki badania i okoliczność, że chora raz już okazywała łożysko poprzedzające, zacząłem się go domyślać a idąc za tą myślą postanowiłem działać przeciw krwawieniu i wyczekiwać aż do chwili pojawienia się obfitszego krwotoku; w razie gdyby się pojawił, byłbym zmuszony do wzniecenia przedwczesnej czynności porodowej z uwagi na znaczną niedokrewność pacyentki.

W dalszym przebiegu jednak plamy były ciągle nieznaczne a stan ogólny chorej bardzo dobrze odżywianej polepszał się raczej niż pogarszał. Tym sposobem rzecz się z dnia na dzień przeciągała. Odwiedzając chorą często, gdyż była w ciągłym niepokoju, miałem sposobność przekonania się wielokrotnie, że macica badana przez powłoki brzuszne okazuje raz większe, to znów mniejsze rozmiary a różnice bywały tak znaczne, że tego do ściągań się macicy samych odnieść nie mogłem. Niebawem też 20. sierpnia zostałem wezwany nagle do chorej z powodu, iż wody płodowe odeszły w znacznej ilości; istotnie widziałem bieliznę jakby zmoczoną wodami płodowemi.

Badanie prócz ściągań się macicy nic nowego nie wykazało. Sądziłem, że nastąpi poród przedwczesny; gdy jednakowoż chora po odpływie wód doznała tylko ulgi, bóle się uspokoiły a dalej żadnych objawów czynności porodowej stwierdzić nie mogłem, macica okazała się miększą niż kiedyindziej, ściągań się nie było żadnych, ruchy płodu żywe a tętno wyraźnie słyszalne, rozpoznałem *hydrorrhoea gravidarum*. Następnych dni odpływ z macicy był skąpy, wodnisty, tworzący na bieliźnie plamy bezbarwne, od czasu tylko do czasu mniej lub więcej krwawe.

W obec tego przebiegu sprawy i uwzględniając wyż podany objaw, że macica często rozmiary swe zmieniała, odstąpiłem od pierwotnego przypuszczenia łożyska poprzedzającego i począłem domyślać się innej sprawy chorobowej. Nadmienić mi tu wypada, iż chora, osoba nader nerwowa, tylko z wielką trudnością dozwalała na badanie wewnętrzne, po którem czuła się zawsze gorzej i dlatego do razów koniecznych musiałem je ograniczyć. Rezultat jednak każdego badania wewnętrznego był zwykle ujemny tak, że tym sposobem do ścisłego rozpoznania dojść było trudno. Polegając przeto w części na rozumowaniu, rozpoznałem: cieczenie i zapalenie wewnętrznej powierzchni macicy (*hydrorrhoea, endometritis in gravida*) a nadto począłem się domyślać śluzaka kosmówki (*myxoma chorii*) a to dlatego, ponieważ zmienność rozmiarów macicy nauczyłem się uważać za objaw patognomoniczny tego cierpienia a to tem bardziej, iż raz mi się udało na tej podstawie rozpoznanie, które się później stwierdziło.

W pierwszych dniach września spostrzegłem, że chora zaczyna się mieć znów gorzej; osoba zrazu bardzo znacznie niedokrewna, która się potem miała znacznie lepiej, stała się znów więcej niedokrowną, osłabioną i nad wyraz zniecierpliwioną. Stan ogólny stał się znów takim, jakim był w chwili, gdym chorą obejmował w leczenie. Poleciłem obok dobrego odżywiania się hemoglobinę wewnętrznie i kwas solny. Odpływ z macicy stawał się coraz obfitszym, wystąpiła bolesność po stronie prawej macicy. Nadto w dnie po stronie lewej spostrzegłem jakby w ścianie macicy guz wielkości jaja kurzego, którego przedtem nigdy nie czułem, który zrazu mniejszy zwolna się powiększał a najlepiej wyczuć się dawał w chwili, gdy macica była miękka. Guz ten budził podejrzenie: czy domniemana zmiana kosmówki nie przechodzi na miąższ macicy. Nadmienić mi wypada, że tak coraz częstsze ściągania się macicy, jakoteż i krwawienia ustawały tylko po użyciu makowca, który też chora brała coraz częściej tak, że mniej więcej około 4–5 czopków dziennie, czyli razem do 0·10 wyciągu wodnego zażywała, co na stan ogólny wpływać musiało także niekorzystnie.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 12.)

Wpuklenie lewej ściany tchawicy w samym jej dole t. j. tuż nad jej podziałem, czasem skośnie od przodu występujące, równie jak zwężenie albo zupełna niedrożność lewego oskrzela obok tego wpuklenia, przemawiają bardzo za tętniakiem tętnicy głównej. Łuk tętnicy głównej, który tu z przodu tchawicy tuż obok niej i nad lewem oskrzelem ku tyłowi przechodzi, może być bardzo łatwo przyczyną takiego zwężenia, jeżeli tętniak wypukla się od tylnej i wklęsłej strony łuku. Obok jednak ugniecenia tchawicy i oskrzela lewego tętniak w tem miejscu wytworzony gnieść także musi na nerw krtaniowy dolny, który się tu owija o łuk tętnicy głównej. Ztąd też zwężeniu wywołanemu przez tętniak towarzyszy zwykle nieruchomość lewej struny głosowej. Wybadanie głębi tchawicy bywa w tych stanach trudne, zwłaszcza, jeżeli struna lewa pozostaje w linii środkowej; łatwiej tu o wybadanie, gdy ona zbacza nieco od linii środkowej na zewnątrz (położenie trupie). Zwężenie lub niedrożność lewego oskrzela obok porażenia lewego nerwu krtaniowego dolnego pozwala prawie na pewne rozpoznać tętniak, gdy brak tego porażenia każe szukać innej przyczyny zwężenia oskrzela; niepodobna bowiem, by tętniak na wklęsłości łuku tętnicy głównej mógł ugniatać oskrzele nie ugniotłszy poprzednio nerwu krtaniowego dolnego. Zwężenie tchawicy wogóle obok tego porażenia niczego jeszcze nie dowodzi, bo może ono występować i w innych sprawach, jak wolu, raku gardziela i t. p. Jedynie wtedy można rozpoznawać tętniak napewne, gdy obok porażenia lewej struny głosowej jest wtłoczenie lewej ściany tchawicy i to w samym jej dole. Porażenie n. krtaniowego dolnego bywa czasem jedynym objawem tętniaka; dopóki jednak

nie wystąpi opisane powyżej zwężenie, żadnych jeszcze wniosków wywodzić z niego nie można. Rzadko natomiast zdarza się ugniecenie tchawicy lub oskrzela przez tętniak bez porażenia nerwu krtaniowego dolnego; może ono tylko wystąpić w razie uciśnięcia od przodu albo też od przodu i strony prawej, co się jednak zdarza o wiele rzadziej. Zwykle bywają to tętniaki duże, które gniotą tchawicę na większej przestrzeni i raczej wytwarzają szparę szczelinową. Pospolicie przytem wybadanie ich za pomocą opukiwania albo i obmacania bywa łatwe, gdy poprzednio wspomniane dość często prócz objawów ucisku n. krtaniowego dolnego i tchawicy lub oskrzela lewego nie zdradzają się żadnemi innemi przypadami. Prawą ścianę tchawicy ugnieść może także tętniak tętnicy bezimiennej, co jednak należy do wielkich rzadkości. Ugniecenie wszakże tchawicy od przodu lub od strony prawej nie przedstawia samo przez się nic charakterystycznego. Mogą je sprawić nowotwory śródpiersia, wól podmostkowy a nawet ropnie gruczołów limfatycznych. Na wpuklonej przez tętniak ścianie tchawicy widać zwykle wyraźnie tętnienie; objaw ten nie ma jednak żadnego znaczenia, przychodzi bowiem w zupełnie prawidłowej tchawicy, w której tętnienie widzieć można najczęściej na klinie podziałowym, rzadziej w dole lewej ściany a najrzadziej w dole ściany prawej (od tętnicy bezimiennej). W t. zw. tętniaku workowatym (*aneurysma sacciforme*) może się zdarzyć, że guzowate wtłoczenie jego w tchawicę okazuje obok tętnienia wyraźne rozszerzanie się guza podczas skurczu serca (Schrötter). Tętniaki wreszcie z przodu i z wypukłości łuku wychodzące, nie sprowadzają tak łatwo zwężenia tchawicy lub lewego oskrzela; łatwiej zato fizycznem badaniem dadzą się wykazać.

Zwężenie szczelinowe lub nieregularne co do swej formy, ale przez ugniecenie z obu boków powstałe, w dole tchawicy przemawia za ugnieceniem jej przez jakiś twór obejmujący ją naokoło lub z trzech stron w śródpiersiu. Tworem takim może być wól podmostkowy albo też nowotwory a mianowicie rak śródpiersia. Stósownie do tego, jak tchawica jest uciśniętą, przebiegać będzie szpara prosto, skośnie lub poprzecznie. Najczęściej wystąpi tu szpara prosto lub skośnie z przodu w tył idąca, bo tak wól podmostkowy jak i nowotwór najłatwiej gnieść może tchawicę z obu boków. Im niżej wystąpi w tchawicy zwężenie, tem prawdopodobniejszy jest nowotwór w obec wola; zwężenie nad samym podziałem już tylko o nowotworze myśleć każe.

Wspomnę tu przypadek, w którym z samego obrazu laryngoskopijnego mogłem rozpoznać raka śródpiersia. W samym dole tchawicy znajdowała się szpara lekko zagięta z przodu w tył idąca; po stronie wklęsłej szpary było bardzo wyraźne wpuklenie prawej ściany tchawicy, na którem chrząstek znać już nie było; widzieć jednak mogłem wyraźnie, że i lewa ściana tchawicy także ku światłu jej jest wtłoczoną, choć w mniejszym nieco stopniu t. j. nie tworząc wypukłości i że na tem jej wtłoczeniu chrząstek także znać nie było. Właściwie trzeba tu przyjąć, że naciek rakowy już zaczął przechodzić na same ściany tchawicy. Badanie klatki piersiowej i dalszy przebieg po tracheotomii potwierdziły rozpoznanie. W końcu widać było tkankę rakową w samej ranie tracheotomijnej.

Zwężenie lub niedrożność jednego oskrzela nie przedstawia samo przez się nic cechującego i dopiero po uwzględnieniu innych objawów odpowiednio można ją sobie wytłómaczyć. Co więcej, nie można zwykle ocenić, czy zwężenie pochodzi z ugniecenia oskrzela, czy też ze sprawy chorobowej w niem samem. Badanie tutaj bowiem głównie polega na auskultacyi. Wspomniałem wprawdzie powyżej o dwóch przypadkach, w których udało mi się oglądać zwierciadełkiem zwężenie prawego oskrzela przez przerost błony śluzowej sprowadzone; natomiast przypominam sobie dwa inne przypadki, w których z objawów musiałem przyjąć, że zwężenie jest w obu oskrzelach głównych a badanie laryngoskopijne wykazało mi tylko, że tchawica (o której pierwotnie sądziłem, że jest zwężona) była zupełnie wolną. Wogóle nie często się wydarza, żeby do samego końca prawe oskrzele obejrzeć było można, a i w tym razie łatwiej w niem będzie dojrzeć jakiego polipa, guz albo okrężne zwężenie jego światła niż ugniecenie od zewnątrz. Co do objawów, to zwężenie obu oskrzeli głównych wywołuje tak samo utrudnienie oddechu i odpowiedni szmer zwężenia, jak zwężenie tchawicy. Zwężenie zaś lub zatkanie jednego oskrzela nie daje objawów, któreby już na oko były cechujące; dopiero więc podczas auskultacyi przekonać się o niem można. W zwężeniu tem szmer odpowiedni najlepiej da się słyszeć między kręgosłupem a obu, względnie jedną łopatką. Po tem też można odróżnić zwężenie oskrzeli głównych od zwężenia większej liczby oskrzeli mniejszych (np. w astmie), w których także szmery zwężenia choć słabiej z dala można słyszeć. Przytem znajdziemy w tym razie w różnych częściach płuc rozmaite co do charakteru szmery, gdy w zwężeniu obu oskrzeli głównych będą one nad każdem płucem w całym jego rozmiarze jednakie. Wystąpienie zwężenia w obu oskrzelach głównych a tem bardziej we wszystkich drugorzędnych wyklucza ugniecenie, bo trudno przypuścić, by były ugniecione równocześnie oba oskrzela; prędzej może tu być przyczyną sprawa rozszerzająca się lub występująca z natury na wielu miejscach jak np. obrzmienie błony śluzowej, przerost jej i t. p. Przyczyną ugniecenia jednego oskrzela mogą być sprawy nowotworowe, może jednak i gruźlica gruczołów oskrzelowych być jego powodem. Winienem zwrócić uwagę, że gruźliczo przeobrażone gruczoły śródpiersia mogą ugniatać nerw krtaniowy dolny i przez to go porażać; może więc się zdarzyć, zwłaszcza, gdy jak zwykle, zajęta jest cała gromada gruczołów, że obok porażenia nerwu krtaniowego dolnego lewego wystąpi także zwężenie lub zatkanie lewego oskrzela. To ostatnie jednak samo przez się tak jest rzadkie a w połączeniu z porażeniem n. krtaniowego dolnego byłoby czemś tak wyjątkowem, że wobec równoczesnego wystąpienia obu tych objawów myśleć należy przecież tylko o tętniaku.

Leczenie wszystkich zwężeń z ugniecenia zmierzać winno ku usunięciu przyczyny; samo zaś zwężenie wymaga leczenia jedynie w razie niebezpieczeństwa dla życia. Tutaj może być wskazana tracheotomia z założeniem kaniuli stósownej długości. Wszelkie natomiast postępowanie dylatacyjne nie tylko chybia tu celu, ale nawet jest wprost szkodliwem; nie może bowiem w niczem się przyczynić do zmniejszenia tworu gniotącego tchawicę a tylko może go drażnić a przez to ułatwiać wystąpienie tem większego zwężenia po usunięciu narzędzia rozszerzającego. To też przestrzedz muszę przed wszelkiemi próbami rozszerzania w zwężeniach tchawicy z ugniecenia; co najwyżej, można założyć kateter w nagłym przypadku, zanimby wykonano tracheotomię.

Ciała obce w tchawicy mogą zachowywać się rozmaicie stósownie do swej wielkości i kształtu. Ciała gładkie, okrągławe i przytem lekkie, jeżeli nie są zbyt wielkie, jak groch, pestki i t. p. zostają zwykle po kilkokrotnych atakach kaszlu wyrzucone, cięższe choćby gładkie, jak śrót i t. p. zwykle utkwią w oskrzelu odpowiedniej wielkości. Ciała nierówne, jeżeli nie są zbyt duże lub ciężkie, nieraz też wykrztuszone bywają, jak łupinki, kostki i t. p., łatwo jednak i utkwić mogą w drogach oddechowych a nastąpi to tem łatwiej, im są większe i cięższe, jak np. skorupki; utkwią zaś one tam, gdzie drogi oddechowe mają stósowną do ich wielkości szerokość. Ciała kończyste i ostre jak szpilki, kości dłuższe lub ości bardzo łatwo wbić się mogą ostrym końcem już w samej tchawicy albo w oskrzelach głównych tj. tam, gdzie droga odpowiednia do ich grubości jest o wiele za szeroką. Ciała odpowiedniej wielkości mogą, dostawszy się pod głośnię, nawet całkowicie zatkać tchawicę a przez to sprowadzić nagłą śmierć z zaduszenia; przypadki takie są jednak nadzwyczaj wyjątkowe, ciało bowiem wypełniające całkowicie światło tchawicy musi być większe od poprzecznego wymiaru głośni, nie łatwo więc przez nią przejść może. Ciała nieco mniejsze a nierówne utkwić mogą w tchawicy i zwęzić ją znacznie. Ciała płaskie utkwiwszy w tchawicy mogą wcale nie sprawiać duszności, dopóki nie obrócą się na płasko ku osi tchawicy. Ciała długie a cienkie wbite w tchawicę nie wywołują wcale duszności. Ciała, które nie utkwiły w tchawicy, jeżeli nie zostały wyrzucone podczas kaszlu, dostają się do oskrzeli, wogóle częściej do prawego, niż do lewego. Jeżeli nie utkwią w jednem z oskrzeli głównych, to dostaną się do oskrzeli drugorzędnych a to najłatwiej dolnych (po obu stronach); tu bowiem nietylko dostać się mogą skutkiem własnego ciężaru, ale zarazem dlatego, że dolne oskrzela najmniej zbaczają od kierunku oskrzeli głównych. Po stronie prawej dostać się ciało obce może także do gałęzi średniej, co jednak zdarza się znacznie rzadziej. Utkwiwszy w drogach oddechowych ciało obce może sprawiać różne przypady stósownie do swej wielkości i usadowienia. Pierwszym objawem wpadnięcia ciała obcego do tchawicy bywa zwykle gwałtowny kaszel; wyjątkowo może on nawet na razie nie być zbyt silnym. Później ustaje kaszel, jeżeli ciało obce stale w jednem miejscu pozostaje; powolne przesuwanie się ciała obcego na dół wzdłuż tchawicy sprawia także kaszel. Bolesność występuje w obec ciał, które ostrym końcem wbiły się w ścianę tchawicy lub oskrzeli albo ją rozraniły nierównym brzegiem. — Najważniejszym przypadem atoli są objawy zwężenia tchawicy lub danego oskrzela, które występują w obecności ciał światło w znaczniejszym stopniu zajmujących. To też nie spotykamy ich w razie ciał cienkich a długich wbitych w ścianę, jak np. szpilki i t. p.; w razie ciał rurkowatych, jak wpadłe w oskrzela odłamane kaniule a nawet czasem w razie ciał szerokich a płaskich, jak np. płytka od sztucznych zębów, jeżeli mianowicie płaszczyzną swą do osi tchawicy lub oskrzela, w którem tkwią, nie nachylą się. Małe a lekkie ciała, zwłaszcza płaskie, mogą przylgnąć do zwilżonych śluzem ścian tchawicy lub oskrzeli i nie wywołują żadnych przypadów, jak to np. zdarza się w mniejszych polipach krtani wpadłych po operacyi do tchawicy.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze zdobycze nauki w dziedzinie chorób zakaźnych.

Napisał

Dr. med. Karol Klecki,

asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 12.)

W miarę, jak żyjące hodowle z biegiem czasu się osłabiały, w filtracie z hodowli tych otrzymanym można było wykazać coraz to mniej toksalbuminy; za to znajdywali w nim Brieger i Fraenkel coraz to więcej innego ciała białkowego, nie posiadającego zupełnie własności trujących; odróżniało się ono od pierwszego ciała ciemno brązowem zabarwieniem oraz rozpuszczalnością w roztworzonym wyskoku. Skład chemiczny ciała tego był następujący: $C_{49.0}$ $H_{7.0}$ $N_{15.0}$ $S_{2.23}$ $O_{26.97}$. Autorzy pracy tej przypuszczają, że toksalbuminę w ustroju wytwarzają bakterye z białka tkanek, w pożywkach zaś z peptonu lub surowicy.

Ciż sami badacze studyowali następnie jady innych bakteryj, mianowicie laseczników tyfusu, tężca, przecinkowców cholery i gronowca ropnego złocistego, oraz wyciągi wodne, otrzymane z narządów zwierząt padłych na wąglik. Stósowali tu tę samą metodę badania, której używali do badania jadu błoniczego. We wszystkich przypadkach znaleźli ciała trujące natury białkowej, które nazwali toksalbuminami. Podobne ciało otrzymał Hankine z hodowli wąglika; określa on je jako albumozę, Christmas zaś z hodowli gronowca ropnego złocistego. Toksalbuminy znalezione w jadach różnych bakteryj przez Briegera i Fraenkla stanowią dwie grupy: do pierwszej należą ciała w wodzie rozpuszczalne, jako to jad błoniczy, wąglikowy i tężcowy; do drugiej zaś jady otrzymane z hodowli laseczników tyfusu, przecinkowców Kocha oraz gronowca ropnego złocistego; ciała te są w wodzie nierozpuszczalne albo trudno rozpuszczalne i pod względem chemicznym zbliżają się więcej do globulinów, aniżeli do białek surowiczych; ciała dają zwykłe odczyny białka, wydzielają je wszakże sole obojętne dopiero przez ogrzanie do 30°; odróżniają się one od właściwych globulinów tem, że się wolno i trudno rozpuszczają w roztworze soli kuchennej. Toksalbuminy bakteryjne należą więc do tej samej grupy, do której należą niektóre białkowe jady pochodzenia roślinnego (rycyna, abryna) oraz zwierzęcego (jad żmij). Toksalbumina jadu błoniczego nie ma własności imunizujących. Z rozmaitego zachowania się przesączonych hodowli, ogrzewanych do różnych ciepłot, wnoszą Brieger i Fraenkel, że w filtracie takim znajdują się dwa ciała: jedno ma własności toksyczne, drugie zaś imunizujące; przez ogrzanie do 55—60° trujące ciało niszczy się, własności zaś drugiego nie ulegają żadnej zmianie. Działanie imunizujące przesączonej hodowli jest tem mocniejsze, im więcej ciało toksyczne zniszczy się, t. j. im więcej przy ogrzewaniu filtratu zbliżamy się do 60°; istota imunizująca podlega jednakowoż także wpływowi gorąca: filtraty ogrzane do 100° działają słabiej, aniżeli ogrzane do 90°, te zaś mocniej od ogrzanych do 80° i t. d. Ciało imunizujące, mieszczące się w filtracie hodowli błoniczych, niema w obec szybkiego przebiegu choroby własności leczniczych.

Schweinitz podaje, że miał dobre skutki imunizacyjne z używania sucholoalbuminy, otrzymanej z hodowli cholery świń; zaznacza jednak, że wyniki były lepsze, jeżeli używał mięszaniny t. zw. przez siebie sucholoalbuminy z sucholotoksynami.

Do zupełnie innej kategoryi ciał białkowych należą t. z. proteiny bakteryjne; ciała te od roku 1880 są przedmiotem studyów Nenckiego. Są to składniki samej komórki bakteryjnej, działanie zaś ich w ustroju występuje jedynie po obumarciu bakteryj. Pod względem fizyologicznym różnią się one od ptomainów i toksalbuminów tem, że nie wywołują zatrucia, ale leukocytozę oraz zapalenie, które można nazwać chemicznem, gdyż objawy jego są ty-

powemi, sprawa zaś sama nie jest zakaźną. Dotychczas zbadano 7 gatunków takich proteinów; między innemi proteinę lasecznika tyfusowego, lasecznika zapalenia płuc Friedlaendera, lasecznika niebieskiej ropy. Badań tych po większej części dokonał Buchner. Otrzymuje się proteiny w sposób następujący: zeskrobuje się hodowle ze stałej pożywki, maceruje 0·5—1·5% ługiem potasowym i przesącza; z filtratu proteiny wydziela się kwasem octowym lub solnym. Proteiny dają wszystkie odczyny ciał białkowych i są najbardziej zbliżone do kazeinów roślinnych.

Wassermann i Proskauer powtórzyli doświadczenia Briegera i Fraenkla nad jadem błoniczym, zmieniwszy cokolwiek metodę postępowania; wyniki badań ich w zupełności zgadzały się z wynikami otrzymanemi przez ich poprzedników: otrzymali 2 ciała białkowe, z których jedno, koloru białego, było mocno trujące, drugie zaś ciemno brunatne nie miało żadnych własności trujących. Skład chemiczny ciała trującego był bardzo zbliżony do składu ciała otrzymanego przez Briegera i Fraenkla, mianowicie: $C_{44·82}$ $H_{6·91}$ $N_{16·18}$ $S_{1·69}$ $O_{30·40}$. Następnie otrzymali Wassermann i Proskauer ciało nadzwyczaj mocno trujące z narządów zwierząt padłych ze zakażenia błoniczego. W tym celu wyjmowali autorzy wyjałowionemi narzędziami płuca, śledzionę, nerki oraz zbierali krew do wyjałowionych naczyń; po posiekaniu i roztarciu narządów robiono z nich wyciąg przez dodanie 200 cm. sz. mięszaniny gliceryny z 0·6% roztworem soli kuchennej 6:4. Po 24 godzinach glicerynę odsączano, filtrat strącano wyskokiem, osad rozpuszczano w wodzie i manipulacyę tę powtarzano dopóty, dopóki nie otrzymano zupełnie przeźroczystego filtratu; do filtratu tego dodawano podwójną ilość nasyconego roztworu siarkanu amonowego, wytworzony osad rozpuszczano w wodzie i dializowano z bieżącą wodą aż do czasu, w którym ślady siarkanu amonowego zupełnie nie znikły. Pozostały płyn przesączano i strącano znów wyskokiem roztworzonym; do filtratu ponownie otrzymanego dodawano wyskoku absolutnego, który jednak z filtratu tego już nic nie wydzielał. Otrzymano w ten sposób nie dwa, ale jedno ciało, które po wysuszeniu w próżni w 39° przedstawiało się jako nadzwyczaj miałki, biały proszek. Z królika otrzymywano po 1·5—2 mg. tego ciała. Dawało ono odczyny białka; 0·2 mg. zabijało króliki w przeciągu 6 dni; do imunizowania zwierząt przeciwko błonicy ciało to nie nadawało się zupełnie. Wymienieni właśnie autorowie stwierdzili więc w zupełności a nawet uzupełnili po części wyniki badań znakomitych swoich poprzedników; różnią się jednak w zdaniu co do samej istoty jadu błoniczego. Brieger i Fraenkel mniemają, że jadem tym są otrzymane przez nich toksalbuminy; Wassermann zaś i Proskauer sądzą, że toksalbuminy są właściwie jadem zanieczyszczonym ciałami białkowemi i opierają się na łatwem rozkładaniu się tego jadu (czego Brieger i Fraenkel nie spostrzegli) oraz na tej okoliczności, że po dodaniu do przesączonej pożywki chlorku wapiennego otrzymuje się osad o bardzo trujących własnościach, jak to wykazał Roux; wnoszą więc z tego, że podczas opadania osadu (wapna czy białka) właściwy jad, dotychczas w stanie chemicznie czystym nie wydzielony, zostaje porwanym.

Jad tężcowy, tetaninę, wydzielił po raz pierwszy Brieger z amputowanej ręki; ciało to określił wzorem C_{14} H_{30} N_2 O_4; przechodzi ono bardzo łatwo w nietrujący kwas amidowy C_6 H_{13} NO_2. Immerwehr sposobem podanym przez Briegera i Fraenkla otrzymał z amputowanej nogi toksalbuminę, zabijającą świnki morskie w przeciągu 24—48 godzin.

G. i F. Klempererzy otrzymali tą samą metodą z hodowli pneumokoków istotę białkową, mocno trującą, którą nazwali pneumotoksyną; przypuszczają oni, że ciało to jest może mięszaniną białek i właściwego jadu pneumokoków Pneumotoksyną tą mogli jednak imunizować zwierzęta przeciwko odnośnemu swoistemu zakażeniu; zaimunizowane zwierzęta zabijali i robili wyciągi wodne z ich krwi i narządów (wątroby, śledziony, nerek, serca i płuc); sok ten przesączali, wyjaławiali i sposobem Briegera i Fraenkla otrzymywali z niego brązowy proszek, który miał przeciwko odnośnemu zakażeniu własności lecznicze; ciało to nazwali antypneumotoksyną; przypuszczają, że ciało to należy również do białkowych; praca Klempererów jest jednak pod względem chemicznym obrobiona nie jasno, szczegółów autorzy nie przytaczają, nie jest więc ona pod względem tym przekonywującą.

Substancyą działającą w tuberkulinie Kocha są proteiny; pierwszy wykazał to Buchner, Hueppe jest również tego zdania; Scholl uważa ją za produkt życia laseczników gruźliczych.

Emmerich i Tsuboi badali własności ciał imunizujących, znajdujących się we krwi oraz sokach tkankowych zwierząt odpornych; używano zwierząt zaimunizowanych przeciw zakażeniu pneumokokami oraz posocznicy świń; z doświadczeń tych wypada, że ciała imunizujące rozkładają się przez ciepłotę 100° i że są we krwi związane nie z globulinami, ale z białkiem surowiczem. Usuwano ze krwi globuliny przez wprowadzenie bezwodnika kwasu węglowego i wydzielano wyskokiem białka surowicze; substancye te rozpuszczone w 0·07% ługu sodowym miały bardzo wybitne własności lecznicze. Ciało to, przechowane na sucho przez czas dłuższy, nie traci własności leczniczych. Emmerich przypuszcza, że jady bakteryjne, które nazywa bakteryotoksynami, dostawszy się do ustroju, łączą się z białkami surowiczemi oraz albumozą mięśniową, (obadwa te ciała nazywa Emmerich immunoproteiną); wskutek połączenia tego wytwarza się immuntoksynproteina, krążąca w ustroju odpornym. Słusznie zarzucają tym wywodom Emmericha, że są tylko przypuszczeniem.

Antytoksyna przeciwko tężcowi, wydzielona przez Tizzoniego i p. Cattani ze krwi zwierząt odpornych przez wydzielenie wyskokiem, jest substancyą, w której skład wchodzą bezwarunkowo ciała białkowe; jaką zaś jest właściwie natura ciała działającego, dotychczas niewiadomo. Toż samo da się powiedzieć o antytoksynie Tizzoniego i Centanniego przeciwko wściekliźnie; Babès używał bezskutecznie w dwu przypadkach wścieklizny u człowieka w podobny sposób, jak to czynili włoscy uczeni, ciała otrzymanego ze krwi zwierząt odpornych. — Do tej samej grupy należy ciało, otrzymane przez Alta z wymiocin cholerycznych oraz tuberkulicydyna i antycholeryna Klebsa: substancye działające wypadały tu wraz z białkami; być może, były same natury białkowej. Na zasadzie najnowszych swoich badań wnosi Hueppe, że jad choleryczny, wytworzony w ustroju, jest peptonem, powstałym w przewodzie pokarmowym z białka czynnego pod wpływem działania bakteryj cholerycznych oraz anaerobiozy.

Nie ulega wątpliwości, że trujące wytwory bakteryjne a substancye imunizujące są ciałami zupełnie odmiennemi; wszyscy badacze niemal jednogłośnie zgadzają się na to; z drugiej strony musi istnieć pewien związek fizyologiczny między temi substancyami. Badania chemiczne trucizn bakteryjnych posunęły o dobry krok naprzód wiadomości nasze w tym względzie; na zasadzie badań tych nie można jednak dotychczas powiedzieć nic nad to, że postępując obecnie przyjętemi metodami, otrzymujemy ciała te w postaci białek, działających trująco. Na zasadzie pewnej analogii, zachodzącej pomiędzy temi ciałami z jednej, toksalbuminami zaś roślinnemi i zwierzęcemi z drugiej strony, można przyjąć, że owe t. zw. toksalbuminy bakteryjne są właśnie tym właściwym jadem mikrobów. Niepodobna jednak z góry odrzucić przypuszczenia, że dotychczas otrzymane jady bakteryjne są mięszaniną właściwych jadów ze substancyami białkowemi; zanim więc wyświeci się związek pomiędzy działaniem toksalbuminów bakteryjnych a objawami ogólnemi, gorączką, jednem słowem odczynem zakażonego czy zatrutego ustroju, byłoby bardzo pożądanem, aby chemia wyrzekła swoje rozstrzygające słowo co do natury tych jadów. Jeszcze mniej poznano dotychczas stronę chemiczną substancyj imunizujących, względnie leczniczych; niewątpliwie surowica krwi zwierząt imunizowanych działa w sposób zupełnie odmienny na właściwe bakterye, aniżeli surowica zwierząt normalnych (wykazał to

między innymi Christmas dla wąglika); surowica zwierząt odpornych działa niejako przeciwgnilnie — jeślibyśmy więc nie chcieli przypuścić w surowicy takiej obecności jakiegoś ciała działającego zabójczo na bakterye, musielibyśmy przyjąć, że w składzie surowicy zwierząt odpornych pod wpływem szczepień ochronnych zaszły poważne, zasadnicze zmiany chemiczne; w rzeczywistości zmiany takie jednak nie zachodzą, nie pozostaje więc nic innego, jak tylko przyjąć obecność ciała imunizującego we krwi. — Z dotychczasowych badań wypada, że ciałami imunizującemi są według wszelkiego prawdopodobieństwa nie albuminy, ale proteiny. Brieger, Kitasato i Wasermann cechują ciała te w sposób następujący: 1) zawierają stósunkowo dużo fosforu, 2) przechodzą przez sączki gliniane bardzo trudno, lub wcale nie przechodzą (wprost przeciwnie jak toksalbuminy), 3) ciepłota 100° rozkłada te ciała (tężec, błonica, dur czyli tyfus).

Jakkolwiek ilość faktów, nagromadzonych ostatnimi czasy w dziedzinie chorób zakaźnych, jest ogromna, i co ważniejsza, jakkolwiek co do samych faktów tych niema między badaczami znacznych sprzeczności, nie mamy zupełnie jasnego wytłomaczenia tych spraw. Istota samego zakażenia, objawy ogólne, wywołane przez bakterye, odczyn ustroju polegają bezsprzecznie na zatruciu toksalbuminami; na czem jednak polega odporność albo wyleczenie organizmu, dotychczas nauka nie zgłębiła. Różnice zapatrywań się na sprawy te są tak wielkie, że gdy jedni uważają imunizacyę a leczenie za dwie sprawy zupełnie odmiennej natury (Lubarsch, Hueppe, Fraenkel, Brieger i inni), inni, zwłaszcza młodsi badacze, jak np. Klempererzy, identyfikują te sprawy, uważając, że lecznicze działanie szczepień nie jest niczem innem, jak następową imunizacyą; jeśli przebieg naturalny choroby jest tak powolnym, że następowa imunizacya może nastąpić, otrzymujemy wyleczenie; w przeciwnym razie szczepienia nie zdołają zwierzęcia uchronić od śmierci. W tłómaczeniu spraw tych należy zresztą ściśle odróżniać leczenie zakażenia ogólnego i miejscowego, leczenie spraw ostrych i przewlekłych; również odróżniać należy odporność wrodzoną a nabytą; w odporności zaś nabytej imunizacyą bezpośrednią czyli wywołaną przez wprowadzenie do ustroju antytoksyn powstałych skutkiem działania bakteryj w innym ustroju a pośrednią czyli wywołaną przez wprowadzenie takich substancyj bakteryjnych, z których dopiero w samym ustroju ciała imunizujące wytworzyć się mają. — Wyleczenie ustroju z choroby zakaźnej i odporność nabytą, występującą po takiem wyleczeniu, starano się wytłomaczyć za pomocą kilku teoryj, które dziś już uważać należy za przestarzałe; wspomnę więc o nich tylko mimochodem; są to: teorya wyczerpania, (Pasteur, Klebs) polegająca na tem, że bakterye w przeciągu pewnego czasu zużywają odpowiedni dla siebie materyał odżywczy, który w ustroju znajdują; teorya asymilizacyjna (modyfikacya pierwszej), według której po pewnym czasie bakterye nie są w stanie rozkładać komórek i soków ustroju w sposób konieczny do własnego odżywiania się; teorya retencyjna, według której bakterye zostają po pewnym czasie zabite przez własne produkty wymiany materyi, nagromadzone w zakażonym ustroju, wreszcie teorya przystósowania się ustroju do trujących produktów bakteryjnych. Odporność wrodzona nie jest dotychczas zupełnie wytłomaczona; są oczywiście i tutaj teorye, któremi starano się tę dziwną własność niektórych ustrojów wytłomaczyć; wobec tego jednak, że co do samych faktów, na których tłomaczenia te się opierają, a mianowicie co do zachowania się krwi lub surowicy czy innych soków ustrojów z natury odpornych względem odnośnych bakteryj zachodzą między badaczami jeszcze bardzo poważne sprzeczności, kwestyę tę uważać należy za zupełnie niewyświeconą.

Do wytłomaczenia odporności nabytej służy kilka teoryj, z których dwie stoją wobec siebie na przeciwnych całkiem biegunach: jedną z nich jest teorya humoralna, której najzagorzalszym zwolennikiem jest Behringa hołdują jej również Koch, Flügge i inni; drugą jest teorya komórkowa, reprezentowana głównie przez Miecznikowa, wynalazcę fagocytyzmu. Behring sądzi, że krew zwierząt odpornych działa na trujące produkty bakteryjne tak, że produkty te rozkładają się i w ten sposób stają się nieszkodliwemi; w jaki sposób to się dzieje, wytłomaczyć nie może; jest to własność krwi czy surowicy zwierzęcia odpornego, w każdym razie soków ustroju, zupełnie wolnych od komórek. Własności soków ustroju, wywołane szczepieniami mogą w ostatniej instancyi zależeć od zmian w komórkowych składnikach ustroju, które pozostają jednak zupełną tajemnicą tak, jak niegdyś siła żywotna, którą wszystko chciano wytłomaczyć; własności imunizacyjne uwidoczniają się przeważnie w bezkomórkowych sokach ustroju, w nich więc przedewszystkiem szukać należy przyczyn odporności. Teoryę tę stósuje Behring przeważnie do chorób zakaźnych natury toksycznej.

Komórkowa teorya Miecznikowa opiera się na wielu nowszych odkryciach tyczących się ciałek białych; własności te są tak wybitne i ważne a z zakażeniem ustroju zostają w tak blizkim związku, że pominąć niektórych z nich w niniejszem streszczeniu nie mogę.

Leukocyty mają tę własność, że pochłaniają organiczne i nieorganiczne drobiny oraz nieżywe bakterye (Baumgarten, Weigert, Flügge), które dalej przenoszą (*voracitas* Virchova), pochłaniają również spory, zarodniki, także żywe, jadowite bakterye, które wewnątrz nich giną (fagocytoza Miecznikowa); po dostaniu się mikrobów do tkanki, otaczają je leukocyty niby wałem i w ten sposób oddzielają tkankę prawidłową od zakażonej (Ribbert); zostają one przyciągane (*chemotaxis*) przez rozmaite substancye, między innemi przez proteiny bakteryjne, czyli ciała białkowe wskutek rozpadu komórki bakteryjnej powstałe (Buchner, Pfeffer, Gabriczewski, Hueppe i Scholl); jeśli przyciąganie to jest bardzo mocne, powstaje nekrobioza (*Coagulationsnecrose*) komórek tkankowych, a ciałka wędrujące zostają powstrzymane od odwrotu, wskutek czego odczyn zapalny zamienia się w ropienie. Dalej leukocyty usuwają tkanki martwinowe, które dla ustroju są niejako ciałem obcem, po części zaś, stanowiąc dla ciałek białych materyał odżywczy, przyciągają je (*trophotaxis*). Ciałka białe są więc niejako armią czynną ustroju, udającą się zawsze tam, gdzie grozi niebezpieczeństwo, gdzie całość tkanek przerwała się, gdzie ciała obce do niej się dostają. Wskutek rozpadu białych ciałek we krwi, własności jej antybakteryjne i antytoksyczne (według Buchnera) znikają tak, że krew taka może nawet służyć bakteryom za dobrą pożywkę. Ze spostrzeżeń klinicznych przytoczyć tu należy, że w przebiegu niektórych chorób zakaźnych ze zejściem krytycznem (np. zapalenie płuc włóknikowe) przekonano się przed samem przesileniem się o znacznej leukocytozie. Podczas szczepień zwierząt ochronnych stwierdzono u nich po pewnym czasie również wystąpienie leukocytozy.

Na tych to faktach opiera Miecznikow swoje tłómaczenie odporności: głównym czynnikiem są tu według badacza tego fagocyty, czy to leukocyty, czy też komórki śródbłonkowe; gdy bakterye dostaną się do ustroju, wchłaniają je normalne fagocyty. Fagocyty chorobowo zmienione tracą własności bakteryobójcze (zarodniki wąglika rozwijają się bez przeszkody w ciałkach białych żaby wystawionej nagle na działanie ciepłoty 37° według Trapeznikowa). Gdy w ustroju wytworzy się znaczna ilość toksyn, leukocyty zostają przez ich wpływ odstręczone od zwykłej w podobnych warunkach wędrówki a pozostają w naczyniach, wywołując leukocytozę. U zwierząt odpornych czy to z natury czy też wskutek szczepień ochronnych wytwarza się znaczna tolerancya leukocytów względem toksyn, wskutek czego działanie ich, t. j. następowe pochłanianie i niszczenie, względnie osłabianie drobnoustrojów może się odbywać bez przeszkody. Być może, przypuszcza Miecznikow, wchodzą tu w grę i inne czynniki; pierwszeństwo jednak należy oddać roli odgrywanej w zakażonym ustroju przez leukocyty.

Bouchard odróżnia tu dwa czynniki: fagocytozę i t. z. stan bakteryobójczy (*état bactericide*). Fagocytoza, będąca następstwem rozszerzenia naczyń, występuje tylko wówczas, gdy ilość toksyn, nagromadzonych w ustroju nie jest tak wielką, żeby wywołała porażenie ośrodka rozszerzającego owe naczynia. Substancyą taką, wywołującą rozszerzenie naczyń jest *ektazyna*, którą wykrył w tuberkulinie Kocha. *Anektazyna* ma działanie przeciwne. *État bactericide* wywołują produkty bakteryjne (*vaccins*, *matières vaccinantes*); ten stan ustroju stanowi właśnie o jego odporności. Bliższych wyjaśnień jednak, w jaki sposób stan ten po szczepieniach ochronnych czy przebytej chorobie zakaźnej występuje, autor zgoła nie daje; siła bakteryobójcza ustroju polega na tem, że bakterye dostawszy się do jego soków, wywołują słabsze zmiany, aniżeli to czynią w ustroju normalnym.

Wielu autorów tłomaczy odporność nabytą przez wytworzenie się we krwi zwierząt szczepionych ciał antytoksycznych (Klempererzy, Brieger, Kitasato, Wassermann); na tem też przypuszczeniu opierają się ich szczepienia ochronne hodowlami osłabionemi wyciągiem grasicy cielęcej.

Wassermann tłómaczy powstawanie antytoksyn w ustroju w sposób następujący: pod wpływem wprowadzonych proteinów bakteryjnych powstaje leukocytoza; ciała antytoksyczne, znajdujące się w ciałkach białych (którym w danem zakażeniu brak jedynie swoistych własności antytoksycznych) łączą się z jadem bakteryjnym i w ten sposób powstaje swoista odtrutka. Tłomaczenie to stósuje autor zarówno do odporności czy wyleczenia sztucznego, jako też i do wyleczenia sposobem naturalnym, np. w zapaleniu płuc włóknikowem, w którem wskutek działania bakteryj występuje leukocytoza.

Buchner wreszcie przypisuje działanie imunizujące czy lecznicze ciałom białkowym znajdującym się w bezkomórkowym płynie krwawym a należącym do białek surowiczych. Ciała te nazywa ciałami ochronnemi ustroju czyli aleksynami.

Rozpatrzywszy się we wszystkich tych teoryach, dochodzimy do przekonania, że nikt dotychczas nie podał wystarczającego tłómaczenia zjawisk doświadczeniem zebranych. Pomijam wszystkie te tłómaczenia, czy teorye, których oryginalność polega tylko na tem, że zamiast nazwy używanej dotychczas, wprowadzają nową, nieznaną; teorya Miecznikowa, aczkolwiek na najpewniejszych faktach oparta, nie daje nam przecież wytłómaczenia, dlaczego leukocyty zwierząt odpornych zachowują się tolerancyjnie względem toksyn, czy też nie podlegają ich działaniu, t. j. chemotaxis ujemnej, polegającej na odstręczaniu ciałek białych od wędrówki do miejsc zagrożonych. Chemotaktyczne działanie proteinów bakteryjnych wielu poważnych badaczy stwierdziło i nie ulega ono żadnej wątpliwości; oczywiście więc w ustroju zakażonym, w którym bakterye nie tylko się rozmnażają i wytwarzają trucizny (ptomainy i toksalbuminy), ale i giną a więc, gdzie powstają proteiny, musi wystąpić działanie ich na leukocyty. W leczeniu się ustroju ze spraw zakaźnych oraz w imunizacyi hodowlami żyjącemi lub zawierającemi proteiny, leukocyty bezwątpienia odgrywają ważną rolę; czy jednak również ważna rola przypada im w udziale w imunizacyi lub leczeniu surowicą, jest bardzo wątpliwem. Niewątpliwie stosunkowo niewielka ilość płynu wprowadzona z odpornego ustroju do prawidłowego, wywołuje u tego ostatniego odporność na dane zakażenie. Ponieważ odporność wywołana przeszczepieniem surowicy stanowi pod względem siły zaledwie drobną cząstkę odporności, jaką mieć musi ustrój surowicy dostarczający, przemawia bardzo do przekonania przypuszczenie, że tu wraz z surowicą przenosimy do ustroju jakieś ciało antytoksyczne czy imunizujące. Natura tego ciała jest pomimo wszystkich dotychczasowych tłómaczeń zupełnie ciemna, tem więcej, że ciało to, wprowadzone w bardzo małej ilości do ustroju, nie ginie w nim, przynajmniej działanie jego występuje wyraźnie przez całe miesiące. W tłomaczeniu zjawiska tego o przestroju organizmu (*Umstimmung*) nie może być tu mowy, gdyż określenie to nie znaczy nic więcej jak tylko, że danej sprawy nie rozumiemy; z wielu dotychczasowych prac wynika, że sprawa imunizacyi polega na zmianach w ostatniej instancyi chemicznych. Nauka ma na tem polu piękne zadanie do rozwiązania w przyszłości.

Kraków w lutym 1893 r.

Rudolf Virchow: **Die Sections-Technik im Leichenhause des Charité-Krankenhauses mit besonderer Rücksicht auf gerichtsärztliche Praxis.**
Berlin. Verlag v. Hirschwald. Vierte Auflage mit 4 Abbildungen. 1893. S. 114. Cena 3 marki.

Przedstawienie rzeczy na wskroś praktycznej, jak techniki sekcyjnej, wyłącznie prawie słowem, napotyka na niezmierne trudności, jeżli autorowi zależy na tem, aby praca jego w całej pełni odpowiedziała swemu celowi. Trudno wątpić nawet na chwilę, aby tak jenialny i doświadczony autor, jak Virchow, nie mógł pokonać owych trudności.

Dziełko powyższe, bez którego, śmiało rzec można, trudno się obejść lekarzowi sądowemu, stanowi rozszerzenie i uzupełnienie pierwotnej odbitki z roczników szpitala Charité przez tegoż autora ogłoszonej. Po krótkim, historycznym wstępie omawia autor regulamin tyczący się wykonywania sekcyj, wydany w roku 1875, przechodząc kolejno porządek i sposoby otwierania jam ustroju, jakoteż sposoby sekcyi każdego z osobna narządu. W części tej znajdujemy cenne uwagi tyczące się techniki a więc trzymania i kierowania noża, aby o ile można jednem cięciem uzyskać wielki a gładki przekrój badanego narządu. Sposoby podane przez autora odpowiadają wszelkim wymaganiom, gdyż uwzględniają uzyskanie jak najdokładniejszego obrazu każdego narządu, łatwość wykonania i pewną elegancyę w sekcyi.

W następstwie strony czysto technicznej, objaśnionej czterema szematycznemi rysunkami, znajdujemy kilka protokołów podanych za wzory. Nadto podaje autor sposoby otwierania pobocznych jam czaszki, jak jamy nosowej, ocznej i usznej, mające na celu, aby o ile można zbyt nie szpecić części widocznych zwłok a wreszcie wymienia wszystkie te zmiany, jakie w narządach czasem się spotyka a które jedynie pod drobnowidem można należycie ocenić i rozpoznać. Koniec dziełka stanowi dosłowne brzmienie regulaminu pruskiego z r. 1875, tyczącego się wykonania sekcyi, który dla nas musi mieć tem większe znaczenie, ile że jest o wiele nowszym od regulaminu u nas obowiązującego a tem samem jest praktyczniejszym i więcej odpowiada postępowi ogólnemu nauki.

Staranność wydawnictwa, nader przystępna cena obok znakomitej wartości dziełka powinny wystarczyć, aby ono jak największe znalazło rozpowszechnienie, zwłaszcza między praktycznymi lekarzami, pełniącymi ciężkie a odpowiedzialne obowiązki znawców sądowych. *Dr. Wachholz.*

Chirurgia.

Paweł Reichel (w Würzburgu): **Z patologii zamknięcia się jelit prawdziwego i rzekomego** (*ileus i pseudoileus*).

Pomimo udoskonalenia techniki operacyjnej i postępów antyseptyki skutki laparotomij w zamknięciu się jelit są jeszcze mało zadawalniające. Nikt z chirurgów nie odmówi dziś słuszności zasadniczej tym operacyom a jednakże wielu z nich, zniechęconych zbyt wielką śmiertelnością, zrzeka się operowania w takich przypadkach, poprzestając jedynie na użyciu środków łagodzących, jak przepłukiwanie żołądka, zrobienie rzyci sztucznej (*anus praeternaturalis*) i t. p. Niebezpieczeństwo operacyi zależy nie tyle od trudności usunięcia przeszkody, nie tyle od niebezpieczeństwa zakażenia otrzewnej z zewnątrz, ile głównie od tych nieuniknionych urazów, na jakie narażone jest jelito wskutek długotrwałego przebywania poza jamą otrzewnową, oddzielania zrostów i t. d. Rzecz prosta, niebezpieczeństwo to wzrasta z każdą chwilą trwania stanu chorobowego wskutek coraz większych zboczeń w krążeniu; dlatego też bardzo ważnem jest wczesne i pewne rozpoznanie przedewszystkiem tego, czy ma się do czynienia z rzeczywistą przeszkodą mechaniczną do przesuwania się

treści jelit (*ileus*), czy też ze zboczeniem czynnościowem ścian przewodu jelitowego (*pseudoileus*), mogącem dawać takie same objawy niedrożności. Zamknięcie się wrzekome jelit (*pseudoileus*) powstaje albo wskutek ostrego zapalenia otrzewnej, jak bywa najczęściej, albo też wskutek zakażenia otrzewnej przebiegającego zupełnie bez objawów zapalnych, na co dopiero w ostatnich czasach zwrócono uwagę (Olshausen).

W pierwszej części swej pracy zajmuje się Reichel symptomatologią i etyologią tych zagadkowych przypadków niedrożności jelit, występującej niekiedy po operacyach brzusznych (najczęściej po herniotomiach), w których po kilku dniach następuje śmierć podczas zupełnego braku objawów zapalnych ze strony otrzewnej. W dwóch takich przypadkach, spostrzeganych przez autora, sekcya wykazała zupełnie prawidłowy stan otrzewnej; pomimo to autor wyhodował z niej kilka rodzajów drobnoustrojów. Takie więc przypadki zależą od zakażenia otrzewnej, lecz nie od zewnątrz ale z wewnątrz wskutek zmian w ścianie pętli jelitowej, umożliwiających drobnoustrojom wraz z ich wytworami przenikanie przez ścianę jelita do jamy otrzewnej. Nawet obraz kliniczny cierpienia przypomina przebieg niektórych postaci zgnilizny (*sepsis*): powoli, lecz stale wzrastający upadek czynności serca, liczba tętna, niekiedy, lecz niezawsze podniesienie się ciepłoty, wzdęcie brzucha i wymioty. *Sensorium* zwykle bywa wolne. Wzdęcie powstaje skutkiem porażenia toksycznego nerwów ściany przewodu pokarmowego. Co mianowicie za rodzaj mikroorganizmów sprawia te objawy, nie wywołując przypadów zapalnych — pokażą przyszłe badania. Z przypadków rzekomego zamknięcia się jelit, zależnych od rozwinięcia się ropnego zapalenia otrzewnej, wyhodował autor postać drobnoustrojową, różną od znanych dotychczas bakteryj ropnych, zarówno i od *bacterium coli commune* i posiadającą własności ropotwórcze, jak to stwierdził na zwierzętach.

Patologii prawdziwego *ileus* t. j. zamknięcia mechanicznego drożności jelit poświęca autor drugą, doświadczalną część swej pracy. Według otrzymanych przezeń wyników samo załamanie się (*Abknickung*) jelita, jako takie nie jest w stanie sprowadzić niedrożności u psa, tembardziej więc u człowieka, gdzie ściana jelita w stosunku do światła i obwodu jest o wiele cieńsza — okoliczność tem bardziej utrudniająca zatrzymania się kału li tylko przez zgięcie się jelita pod kątem ostrym. Dlatego też, zdaniem autora, w wielu przypadkach z literatury *ileus*, powstałego jakoby wskutek załamania się (*Abknickung*) jelita, zmiana ta ma tylko drugorzędne znaczenie, gdy rzeczywistą przyczyną jest brak ruchu robaczkowego i ucisk przez tworzący się naokoło tak zmienionej pętli wysięk zapalny.

Autor przedstawia następujący obraz tworzenia się niedrożności w takich właśnie okolicznościach: w pewnem miejscu jamy brzusznej przylepia się pętla jelita do powierzchni rany otrzewnowej, wskutek podrażnienia zapalnego zrost się wzmacnia, ograniczając coraz bardziej ruch robaczkowy jelita tak, że wreszcie zrastają się ze sobą dwie jego sąsiednie powierzchnie, wytwarzając załamanie. Póki jeszcze jest ruch robaczkowy, posuwanie się treści jelitowej przezwycięża przeszkodę, lecz coraz to wzmacniający się zrost ścian z jednej strony, z drugiej zaś osłabienie ruchu robaczkowego wskutek upośledzonego odżywiania się chorego i podawania mu makowca, jak to często bywa, prowadzą ostatecznie do zupełnej niedrożności. Rzecz prosta, wszelkie używane tu środki zapobiegawcze, jak wlewanie oliwy, posypywanie jelit proszkiem parafiny więcej przynoszą szkody, niż pożytku, zarówno jak przeciwgnilne przepłukiwania otrzewnej, które, niszcząc śródbłonek, tem bardziej sprzyjają wytwarzaniu się zrostów.

Gwałtowne objawy kliniczne, występujące w zamknięciu się jelit nie zależą od wstrzymania krążenia kału w jelitach, lecz głównie powstają odruchowo wskutek jednoczesnego zgniecenia ściany jelita. Temu zgnieceniu (*Darmquetschung*) przypisuje autor bardzo ważny wpływ na powstawanie szeregu objawów, różniących się znacznie od tych, jakie widzimy w przypadkach prostego zamknięcia światła (*glatter Darmverschluss*).

To ostatnie otrzymywał autor u psów, przecinając poprzecznie jelito i zaszywając oddzielnie każdy z końców, dla sprowadzenia zaś niedrożności ze zgnieceniem skręcał pętlę naokoło osi (*torsio*) i ustalał za pomocą szwu w tem położeniu. Różnicę pomiędzy otrzymanemi objawami w pierwszym i drugim rodzaju doświadczeń określa w sposób następujący:

W zwykłej niedrożności początkowo dość długo utrzymuje się stan względnie dobry, wymioty występują późno, czasem wcale ich niema, śmierć następuje po tygodniu i później; w skręceniu zaś jelita objawy te zjawiają się prawie natychmiast: ogólny zapad, gwałtowne wymioty, pragnienie i rychła śmierć. W pierwszym — bardzo znaczne rozdęcie części jelita powyżej przeszkody, w drugim — zupełny brak tego rozdęcia lub bywa ono bardzo nieznaczne, przytem w wyższym odcinku jelita, w sąsiedztwie żołądka; w pierwszym — brak wysięku w jamie otrzewnowej; jeżeli nawet jest bardzo mała jego ilość, to wolna od bakteryj; w drugim — bywa stale dość dużo płynu zabarwionego krwawo, niekiedy mętnego i zawierającego drobnoustroje. Badanie mikroskopowe ściany jelita wykazuje wielką różnicę w zachowaniu się nabłonka części doprowadzającej i odprowadzającej: komórki nabłonkowe w pierwszej z nich znajdują się w żywej czynności, są bardzo ziarniste i zawierają nader mało pomiędzy sobą komórek kielichowatych ze śluzem; przeciwnie zaś w części odprowadzającej nabłonki okazują zupełny spokój, pomiędzy niemi mnóstwo komórek ze śluzem (*Becherzelle*).

Czy takie powiększenie się czynności błony śluzowej wystarcza samo przez się do takiego obfitego wypełniania pętli jelita powyżej miejsca niedrożności? Dla wyjaśnienia tego pytania autor wykonał doświadczenia na psach, wyłączając za przykładem Hermanna pętlę jelita z całości przewodu jelitowego. — W tym celu odcinał taką pętlę wraz z krezką poprzecznie, zeszywał koniec górny jelita z dolnym, zarówno jak i obydwa końce wyciętej pętli ze sobą, po dokładnem przepłukaniu jej rozczynem kwasu borowego. W ten sposób powracała ciągłość przewodu jelitowego, wycięta zaś pętla tworzyła zamkniętą w sobie rurkę kolistą. Z doświadczeń tych autor wnosi, iż wydzielina gruczołów kiszkowych bierze bardzo wielki udział w wytwarzaniu mas kałowych, że jest nawet w oddzielonej i zamkniętej zupełnie pętli kiszek, której błona śluzowa nie ulega, rzecz prosta, podrażnieniu przez przesuwający się pokarm, lecz tylko sposobem odruchowym, że wreszcie wydzielanie to odbywa się w rozmiarach o wiele większych, niż to w ogóle się przyjmuje. W *ileus* stósunki są nieco odmienne, jak w takiej zamkniętej pętli: tam do powiększenia ilości mas kałowych w pętli doprowadzającej przyczynia się obfite przesączanie z naczyń wskutek zboczeń w krążeniu. Być może, że zarówno, jak w gruczołach błony śluzowej jelita, powiększa się w takich razach czynność i innych gruczołów narządu trawienia (trzustki, wątroby), że skład chemiczny wydzieliny w pętli oddzielonej różni się od prawidłowego; rozstrzygnięcie tych wątpliwości odkłada autor do następnej swej pracy. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Tom 35*). *Dr. L. Kryński.*

Higiena.

Prof. Finkelnburg (Bonn): **W sprawie różnych postaci prątków cholerycznych.**

Gdy w kwietniu 1892 r. pojawiła się cholera na przedmieściach Paryża, twierdziły tak władze francuskie jak i znakomici klinicy paryscy, że jestto zaraza od cholery azyatyckiej różna o postaci chorobowej mało niebezpiecznej. Potrzeba było dopiero badań podjętych przez zagraniczne komisye lekarskie, aby w wypróżnieniach osób chorych wykazać prątki Kocha i publicznie stwierdzić przyrodę choroby, która od lipca nawiedziła także śródmieście Paryża. Prof. Peter starał się wówczas przecinkowi Kocha odmówić znaczenia twierdząc, że niewinne prątki jelitowe pod wpływem choroby „podobnej do cholery“ przemieniły się w przecinkowce Kocha. Twierdzenie to dało atoli po za granicami Francyi jedynie powód do wesołości. Natomiast urzędowy bakteryolog prof. Netter wzbudził ogólne zaciekawienie wykładem, jaki

miał w Société des hôpitaux de Paris w dniu 22. lipca r. z. w wykładzie bowiem tym podaje szereg różnic, rzekomo zachodzących pomiędzy prątkiem przecinkowym przedmieść paryskich a prątkiem pochodzenia azyatyckiego, który hodowano w laboratoryach europejskich od czasu ostatniej z Indyi zawleczonej epidemii i od czasu badań podjętych w Indyach przez niemiecką komisyę choleryczną. Oparłszy się na tych rzekomych różnicach, gotowi byli lekarze francuscy upierać się przy przypuszczeniu swojskiego pochodzenia panującej zarazy tem bardziej, że na rok przedtem ogłosił Cuningham rozprawę o zmianach prątka przecinkowego na zasadzie badań podjętych w Indyach. To skłoniło F. do skontrolowania badań Nettera i rozciągnięcia ich na prątki choleryczne z Hamburga. Do badań swych użył hodowli 1) prątków z Argenteuil i Aubervilliers, 2) prątków pochodzących z Hamburga a wreszcie 3) 8—9 letnich hodowli laboratoryjnych pochodzących częścią z indyjskiej ekspedycyi ces. niemieckiego urzędu zdrowia, częścią z epidemii w Genui w r. 1884. Porównywał te hodowle pod następnemi względami: 1) szybkości wzrostu na płytach gelatynowych; 2) czasu pojawiania się rozpływu w hodowlach kłutych; 3) wpływu niższych ciepłot na wzrost hodowli i zdolności do życia; 4) zdolności ścinania mleka; 5) zdolności wytwarzania czerwieni cholerycznej (reakcya Bujwida i Briegera); 6) zależności od doprowadzenia tlenu; 7) wpływu na czerwone ciałka krwi i 8) zmian postaci.

Wyniki tych badań F. wykazały, że między prątkami z r. 1892 paryskiemi a hamburskiemi zachodzi tylko różnica co do szybkości wzrostu i rozpływiania gelatyny. Obie kategorye w porównaniu z prątkami dawniejszych hodowli okazywały większą oporność wobec niższych ciepłot i wobec braku tlenu oraz większą zdolność sprawiania kwaśnego robienia laktozy. Nadto różnica tyczyła się większego stopnia zjadliwości wobec czerwonych ciałek krwi (na gelatynie zaprawionej krwią ludzką powstawały w około kolonii odbarwione obszary w obu kategoryach prątków z r. 1892 stale większe, przeważnie o $^1/_3$, niż przy hodowlach dawniejszych prątków) oraz odmiennego kształtu i większej skłonności do tworzenia łańcuszków. (Prątki dawniejszych hodowli miały przeważnie smuklejszy kształt i jednostajniejszy przekrój, gdy prątki z r. 1892 tak hamburskie jak paryskie były grubsze i w środku obrzmiałe; miały też większą skłonność tworzenia dłuższych łańcuszków, co w dawniejszych hodowlach rzadko tylko i nie tak dokładnie można było widzieć).

Nie było zatem różnicy między prątkiem paryskiej „choroby do cholery podobnej" a prątkiem niewątpliwie azyatyckiego pochodzenia w Hamburgu. I różnice pomiędzy grzybkiem od r. 1883 w pracowniach hodowanym a świeżo do Europy zawleczonym, nie są tak wielkie, aby podać mogły w wątpliwość mniemanie o niezmienności rodzaju.

Z powyższych badań wynika okoliczność zachęcająca do dalszych dochodzeń i mająca też obok innych i praktyczne znaczenie, iż choleryczny grzybek Kocha przez długie, latami trwające hodowle po za ustrojem ludzkim, wśród panujących w laboratoryjach wpływów ciepłot, powietrza i odżywiania zdaje się, że nic nie traci co do swych energij biologicznych. Zasługuje na wzmiankę, iż towarzyszące temu zmiany kształtu nie czynią tego prątka podobniejszym do prątka Finklera-Priora, lecz przeciwnie więcej do niego niepodobnym, niż prątki świeżo sprowadzone. O ile przytem i osłabnie toksyczne działanie na człowieka, będzie można dopiero rozstrzygnąć po wielu trudnych dochodzeniach porównawczych na zwierzętach i to jeszcze tylko z prawdopodobieństwem. Zajęcie się takiemi próbami wydaje się pożądanem już ze względu na wnioski co do przyczyn doświadczeniami stwierdzonego powolnego w naszym klimacie umniejszania się jadowitości miejscowych zakażeń, jakie dałyby się wysnuć z dodatnich wyników badań. (*Centralblatt f. allgem. Gesundheitspflege J. XII. H. 1. 2*). *Dr. Grabowski.*

Choroby oczne.

Hilbert: Chloropia.

Wśród rozmaitych rodzajów widzenia barwnego najrzadszą jest *chloropia*, widzenie zielono, najczęstszą *erytropia* czyli widzenie czerwono; inne jak *ksanopia* i *cyanopia* pośrednie zajmują miejsce [1]). Przypadek powyższy tyczył się 63-letniej żydówki bardzo nerwowej, cierpiącej od czasu do czasu na mroczki migocące (*scotoma scintillans*), u której wśród objawów typowych migreny wystąpiła chloropia objawiająca się w ten sposób, że wszystko widziała jakby w jasno zielonej mgle; zboczeń żadnych w oku ani anatomicznych ani czynnościowych prócz zmniejszenia się bystrości wzroku z $^6/_6$ na $^1/_2$ wykazać przytem nie było można. Po użyciu pigułek lodowych i dużej dawki bromku sodowego przypady wszystkie w przeciągu 24 godzin ustąpiły zupełnie. Przypadków chloropii w literaturze znalazł autor bardzo nie wiele i to pobieżnie traktowanych. Mackenzie wspomina z chorym, który po zranieniu rogówki z następowem wypadnięciem tęczówki widział wszystko zielono.

Szokalski przytacza przypadek prof. Lenoira tyczący się młodej dziewczyny, która wszystkie przedmioty widziała przez kilka tygodni czerwono a nagle jednego dnia wystąpiła u niej chloropia. Podobny przypadek, opisał Purtscher u chorego po operacyi zaćmy.

Williams zaś wspomina o chorym z częściową chloropią występującą w postaci plam zielonych w rozmaitych miejscach pola widzenia.

Tak w tych przypadkach jak i w swoim własnym przyczyna zdaniem H. jest centralną a zboczenie samo rodzajem barwnej hallucynacyi wzroku. (*Centralbl. f. Augenheil. 1893. Februar*).

Goldzieher: Przypadek guza gruźliczego we wzgórku czworaczym z następowem porażeniem ócz. (*Ophthalmoplegia bilateralis*).

Przypadek tyczy się 5-letniego chłopca, u którego wśród dość szybko postępującego wychudnienia i osłabienia, wystąpiło całkowite porażenie oka zewnętrzne (*Ophthalmoplegia exterior*) i charakterystyczna skłonność do spania. Po 6-ciu miesiącach choroba zakończyła się śmiercią, przed którą wystąpiły stopniowo coraz to nowe przypady jak: niepokój dochodzący czasem do napadów szałowych, naprzemian z zupełną apatyą, zrywanie się w nocy z dziwnym jakby zwierzęcym krzykiem, mocne napadowe kurcze, pod koniec napady do epileptycznych podobne, wielka gorączka i znaczne poty. Sekcya wykazała: wzgórek czworaczy o zarysach niewyraźnych, tuż pod nastrzykaną jego powierzchnią guz ograniczony, wielkości orzecha laskowego, barwy szaro-czerwonawej, w środku zserowaciały, w najbliższem jego sąsiedztwie mierne rozmiękniente substancyi mózgowej, wodociąg Sylwiuszowy skutkiem ucisku nieco zwężony; badanie mikroskopowe przemawia za naturą gruźliczą guza.

Przebieg cały choroby nasuwa następujące ważne dla praktyki wnioski:

1) Guz zajmujący cały wzgórek czworaczy nie pociąga koniecznie za sobą ślepoty, gdyż pacyent ten nawet wtedy, gdy choroba znaczne już zrobiła postępy, z łatwością drobne jeszcze rozpoznawał przedmioty i to w rozmaitej odległości.

2) Przyczyna typowego porażenia zewnętrznego oka (*Ophthalmoplegia exterior*) nie koniecznie tkwić musi w ośrodkowych jądrach nerwu okoruchowego; mogą ją bowiem wywołać zmiany w pobliżu tych jąder a pociągające za sobą zboczenia w krążeniu, wypocinę lub krwotok w samej okolicy jąder.

3) Porażenie oka wraz ze zboczeniami koordynacyjnemi w dolnych kończynach pozwala na wniosek, że siedzibą zmian ośrodkowych jest wzgórek czworaczy.

4) Drgawki spastyczne w kończynach wraz z ogólnymi napadami podobnymi do epileptycznych mogą być wywołane przez zmiany w samym tylko wzgórku czworaczym, gdyż w powyższym przypadku stanowczo można było wyłączyć tak zapalenie opon jak i znaczne przekrwienie mózgu, któremi przypady te Nothnagel stara się tłómaczyć. Owszem zdanie to autora potwierdzają doświadczenia na zwierzętach Ferriera, który przez długie drażnienie wzgórka czworaczego

[1]) por. Hilbert: Przyczynek do znajomości kyanopii, referent w Przeglądzie lek. 1892 Nr. 18.

wywoływał rozmaite kurcze i ów charakterystyczny krzyk, uważany przez niego za patognomoniczny dla zadrażnień wzgórka czworaczego. (*Centrbl. f. prakt. Augenheilk. 1893. Februar*).

R a e h l m a n n: **Chlorek skopolaminy, nowy środek rozszerzający źrenicę i zastósowanie jego w praktyce okulistycznej.** Jest to alkaloid otrzymywany z korzenia rośliny *Scopelia atropoïdes*, należący równie jak atropina lub hioscyna, od których się jednak różni swym składem chemicznym, do grupy tropeinów, rozszerzający źrenicę równie jak one po zapuszczeniu w roztworze do worka spojówkowego. Półroczne doświadczenia na oczach zdrowych i chorych przekonały R., iż jako środek rozszerzający źrenicę skopolamina dorównywa a w niektórych razach przewyższa wszystkie inne dotychczas używane, nie wyłączając nawet atropiny, a nie sprawiając nieprzyjemnych i szkodliwych objawów, jakie zauważono po hioscynie lub po dłuższem używaniu atropiny, może być przez długi czas stósowaną bez żadnej szkody. W przypadkach, w których chodzi więc o stałe rozszerzenie źrenicy a początkowe objawy zatrucia lub idyosynkrazyi przeciwskazują używanie atropiny, może ją w zupełności zastąpić. Jako środek przeciwzapalny i kojący bóle nie ustępuje też w niczem atropinie, lepiej nawet działa niż ona na nastrzykanie rzęskowe i na łuszczkę, znakomite zwłaszcza oddaje usługi w ropnych zapaleniach, jak zapaleniu ropnem rogówki (*keratitis suppurativa*) i wrzodzie czołgającym (*ulcus serpens*) lub *Iridocyclitis*, w których chorzy często źle znoszą atropinę. Nagromadzenie się ropy w przedniej komórce (*Hypopyon*), które, jak R. spostrzegł, powiększa się nieraz podczas używania atropiny, tu zmniejsza się zawsze. Na ucisk śródoczny zdaje się, że nie wywiera szkodliwego wpływu, gdyż nawet w powiększeniu się ucisku oko dobrze ją znosi i z tego względu dałby się środek ten korzystnie zastósować w razie zapalenia tęczówki, która wystąpiła w oku jaskrą nawiedzonem. Również w wielu przypadkach przewlekłych zapaleń z następową jaskrą używał R. skopolaminy z pomyślnym skutkiem a w jednym przypadku jaskry absolutnej zauważył nawet ustąpienie bólów i wszelkich objawów zadrażnienia. Używa się roztworu wodnego chlorku skopolaminy $^1/_{10}\%$—$^1/_5\%$ co odpowiada $^1/_2$—1% roztworowi atropiny i to najlepiej, i w dawce drobnej. Porażenie ździergacza tęczówki i akomodacyi jest tu takie samo i trwa równie długo, jak po atropinie. (*Klin. Monatsbl. f. Augenheil. 1893. Februar*). *Dr. Langie.*

Notatki terapeutyczne.

Do niebolesnego rozszerzenia szyjki macicznej poleca Lefour (*Semaine médicale*) następujący roztwór:

37) *Aetheris sulfurici* 85·00
Jodoformii 10·00
Cocaini puri 5·00

Do roztworu tego wkłada się na 8 dni pręciki z blaszkownicy (*laminaria*).

Do wyjałowionych wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęciowych nadają się następujące roztwory:

38) *Mercurii sublimati* 0·01
Aetheris sulfurici 5·00
Solve et adde
Olei olivarum sterilisati 25·00
Aether calore removeatur!
lub
39) *Mercurii bijodati* 0·40
Olei olivarum sterilisati 100·00
Solve calore 60° C.

(*Pharm. Ztg. 1892. 42*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

IV. posiedzenie z dnia 3. marca 1893.

Przewodniczący Dr. S c h r a m m. — Obecnych członków 32.

1) Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia kol. B o r y mówi o p r z y p a d k u k r w o t o k u n a p o d s t a w i e c z a s z k i, obserwowanym w oddziale prymar. Ziembickiego.

W dniu 1. listopada 1892 r. przyjęto do oddziału chirurgicznego J. W., 30 l., subjekta handlowego, który w tymże dniu rano w zamiarze samobójczym postrzelił się z rewolweru w okolicę podszczękową. Badanie wykazało: w okolicy podszczękowej, nieco na lewo od linii środkowej otwór o średnicy około 2 mm. przebijający język i takiż otwór w tylnej części podniebienia twardego na $^1/_2$ cm. na lewo od linii środkowej. Rany wypełnione i pokryte skrzepami krwi, prawie wcale nie krwawią. Nieznaczne krwawienie z lewego nozdrza. Powieki oka lewego nieco obrzmiałe, krwią podbiegłe; górna powieka opada i pokrywa gałkę oczną. Źrenice obustronnie wązkie, lewa nieco szersza od prawej. Oddziaływanie na światło źrenicy prawej bardzo leniwe, lewej zupełnie zniesione. Ruchy gałki ocznej lewej ku wewnątrz i ku górze zniesione. W lewem oku brak poczucia światła. Ponadto wykazało badanie porażenie dolnych gałązek nerwu twarzowego prawego i znaczny niedowład kończyn strony prawej, znaczniejszy w kończynie dolnej.

Dnia 2. XI. przed południem ciepłota 38°, tętno 80. Chory niespokojny, skarży się na mocny ból głowy. Badanie oprócz objawów poprzedniego dnia dostrzeżonych wykazuje światło wstręt miernego stopnia, wysadzenie gałki ocznej lewej ku przodowi i zboczenie jej na zewnątrz. Wieczorem chory miał dreszcze i wymioty. Ciepłota 39, tętno 92. Język obłożony. Umysł chorego nieco zamroczony. Z powodu zaparcia żywota zastósowano Hegara i olej rącznikowy.

Dnia 3. XI. chory nieprzytomny, majaczy. Gałka oczna lewa mocno ku przodowi wysadzona zbacza nieruchomo na zewnątrz. Sztywność w karku. Brzuch zapadły. Wybitna przeczulica skóry i objaw Troussa (tâches cérébrales). Kończyny strony prawej po podniesieniu opadają bezwładnie. Ciepłota rano 39, wieczorem 38·5. Tętno wieczorem 70.

W kilku dniach następnych stan pozostaje prawie niezmieniony. Tylko w dniu 6. XI. wysadzenie gałki ocznej wydało się mniejszem a w następnych dniach stopniowo ustąpiło zupełnie.

Dnia 11. XI. przed południem chory chwilowo przytomny, odpowiada nawet krótko na pytania, poczem znowu zapada w majaczenie.

Od dnia 13. XI. chory przytomny. Odtąd obniża się ciepłota ciała z każdym dniem (od dnia 17. XI. stan niegorączkowy) a w miarę tego polepsza się stan chorego i zmniejszają się objawy porażne. Wysadzenie gałki ocznej lewej zupełnie ustąpiło; jest ona raczej nieco zapadła. Objaw Troussa zawsze jeszcze bardzo wybitny: najlżejsze podrażnienie skóry wywołuje mocne i długo trwające przekrwienie tak, że na skórze pisać i rysować można. Mowa jest nieco utrudniona, powolna i przerywana. Chory w rozmowie nie może sobie przypomnieć najzwyklejszych wyrazów, czem się bardzo niecierpliwi.

W dalszym przebiegu w drugiej połowie listopada opisane objawy porażne stale się zmniejszają i częściowo zupełnie ustępują. Najwcześniej ustąpiły zboczenia w mowie. Równocześnie dosyć szybko zmniejsza się porażenie kończyn. W ostatnich dniach listopada chory może się już dźwignąć z łóżka przy pomocy dozorcy a w pierwszych dniach grudnia już tylko o laskę oparty chodzić. Chód jednakże jest chwiejny i niepewny. Przy obrotach chory się zatacza i upada. Wybitny bezład ruchów.

Nie wdając się w szczegóły przebiegu choroby, przedstawię jeszcze treściwie stan chorego w dniu 10. grudnia, t. j. w dniu rekonwalescencyi chorego. Z objawów przedstawionych możemy wykazać jeszcze: *a*) Niedowład powieki górnej oka lewego. Chory podnosi powiekę górną dosyć znacznie, robi to jednakże w części za pośrednictwem mocnego skurczu mięśnia czołowego. *b*) Gałka oczna lewa zbacza zaledwie widocznie na zewnątrz. Podczas zbieżności osi widzenia okazuje się niedowład mięśnia prostego wewnętrznego. Ruchy gałki ocznej ku górze i ku dołowi nie są upośledzone. *c*) Oddziaływanie bezpośrednie źrenicy oka lewego na światło zupełnie zniesione, współczulne bardzo wyraźne choć nieco leniwe. *d*) W lewem oku brak poczucia światła. Badanie wiernikowe dokonane łaskawie przez kol. Kiekiego wykazuje obraz zaniku nerwu wzrokowego. *e*) W prawej kończynie górnej pozostało tylko miernego stopnia osłabienie siły mięśniowej: uścisk dłoni prawej jest słabszy niż lewej. W dolnej kończynie prawej utrudnione jest tylko wyprostowanie w stawie kolanowym. *f*) Pobudliwość odruchowa zwiększona. Odruch kolanowy i stopowy po stronie prawej znacznie powięk-

szone (uderzenie młotkiem wypukowym wywołuje drgania kloniczne w kończynie). *g)* Chód jeszcze chwiejny i niepewny. W takim stanie chory na usilne własne żądanie opuścił szpital.

Co się tyczy rodzaju cierpienia, to w danym przypadku cały przebieg choroby, tj. stopniowe szybkie powiększanie się a następnie zmniejszanie się i ustąpienie prawie wszystkich objawów w czasie stosunkowo dosyć krótkim wytłómaczyć można jedynie krwotokiem z następowem uciśnięciem mózgu, jednakże bez znaczniejszego bezpośredniego uszkodzenia mózgu. Obecność prawie wszystkich objawów zapalenia opon mózgowych odnieść należy do zapalnej reakcyi, do zapalnego nacieku w oponach bez przejścia w ropienie.

Co się tyczy umiejscowienia cierpienia, to początkowo stwierdziliśmy taką kombinacyę objawów, która wskazuje na siedzibę cierpienia a względnie uszkodzenia w szypułkach mózgowych, tj. porażenie połowicze i porażenie dolnych gałązek nerwu twarzowego po jednej stronie ciała z równoczesnem porażeniem nerwu okoruchowego po stronie przeciwnej, co wskazuje, jak wiadomo, na siedzibę cierpienia w szypułce mózgowej po stronie porażenia nerwu okoruchowego. W ten sposób wyobrażaliśmy sobie dany przypadek w pierwszych dniach obserwacyi. Tę kombinacyę porażeń łatwo wytłómaczyć, jeżeli sobie przywiedziemy na pamięć stosunki anatomiczne szypułek mózgowych w przekroju pionowym czołowym.

Obok wymienionych objawów podczas zajęcia lub uciśnięcia części sąsiednich wystąpić mogą jeszcze inne zboczenia, przedewszystkiem porażenie nerwu podjęzykowego po stronie porażenia kończyn (jak w danym przypadku), dalej zboczenia czucia, wzroku, mowy i w równowadze ciała. Zboczenia w równowadze obok równoczesnych porażeń nerwów ruchowych oka i zboczeń wzroku, odnosi Nothnagel na podstawie własnych doświadczeń i zestawienia wyników dotychczasowych badań do zmian chorobowych w ciałku czworaczem. W naszym przypadku nie możemy jednakże przypuścić uszkodzenia ciałka czworaczego, ponieważ już wykluczyliśmy w ogóle bezpośrednie uszkodzenie mózgu a zresztą uszkodzenie lub uciśnięcie ciałka czworaczego pociągnęłoby za sobą zupełną ślepotę a względnie co najmniej znacznego stopnia zboczenia wzroku w obu oczach. Uszkodzenie pasma nerwów wzrokowych (tractus optici) wywołałoby hemianopsią. W danym przypadku była ślepata tylko oka lewego, która wystąpiła natychmiast po urazie; możemy ją przeto wytłómaczyć jedynie bezpośredniem uszkodzeniem nerwu wzrokowego lewego. Za bezpośredniem uszkodzeniem nerwu wzrokowego przemawia także wysadzenie gałki ocznej, już w drugim dniu po urazie wybitne, które należy odnieść do krwotoku do oczodołu. Za krwotokiem do oczodołu przemawia nadto krwawe podbiegnięcie powiek, które występoje stale w razie krwotoku do szczeliny oczodołowej górnej. Z tej samejprzyczyny porażenie nerwu okoruchowego lewego było prawie zupełne.

Zważywszy to wszystko przychodzę do następujących wniosków. Cały zbiór objawów i przebieg cierpienia tłomaczę sobie i wyobrażam w ten sposób, że postrzał nie uszkodził mózgu bezpośrednio, lecz ugrząsł na podstawie czaszki, a to według kierunku kanału postrzałowego i objawów następowych najprawdopodobniej w kości klinowej w okolicy guzka siodła tureckiego (*tuberculum ephipii*), tworząc szczelinę w kości, sięgającą do otworu wzrokowego (*foramen opticum*) i do górnej szpary oczodołowej (*fissura orbitalis superior*). Uciśnięcie nerwu wzrokowego lewego wskutek przesunięcia się kości rozszczepionej i wskutek krwotoku do oczodołu z następowem zapaleniem i zanikiem nerwu wzrokowego sprowadziło zupełną ślepotę oka lewego. Krwotok zaś do jamy czaszkowej średniej wywołał przedewszystkiem ucisk na lewą szypułkę mózgową z zależnymi od tego objawami porażnemi (porażenie połowicze prawe, porażenie nerwu podjęzykowego i dolnych gałązek nerwu twarzowego prawego i nerwu okoruchowego lewego) a resztę objawów, zboczenia mowy i równowagi ciała, wytłomaczyć możemy uciśnięciem sąsiednich części mózgu. Porażenie nerwu podjęzykowego jednostronne nie wywołuje zazwyczaj żadnych zboczeń w mowie, a zresztą zboczenia te mogłyby być tylko przyrody ruchowej. Wobec tego, że wspomniałem o badaniach Nothnagla co do ciałka czworaczego, muszę jeszcze nadmienić, że zboczenia w równowadze ciała w danym przypadku możemy łatwiej wytłómaczyć uciśnięciem móżdżku (Bernhardt i Bechterew odnoszą także wszystkie zboczenia w równowadze ciała spostrzegane w cierpieniach ciałka czworaczego do współudziału móżdżku w sprawie chorobowej).

Rzecz całą przedstawiłem nie w zamiarze powiedzenia czegoś nowego, lecz tylko za zachętą kol. Przewodniczącego przedłożyłem obserwacyą przeprowadzoną dla własnej wprawy w rozpoznawaniu chorób mózgowych.

Kol. Kadyi mniema, że opisany przypadek łatwiej dałby się wytłómaczyć w ten sposób, że kula ugrzęzła w tylnej części oczodołu lub w okolicy otworu wzrokowego, że bezpośrednio uszkodziła nerw wzrokowy i sprowadziła krwotok do oczodołu i wysadzenie gałki ocznej. Resztę objawów należy odnieść do następowego krwotoku na podstawie czaszki.

Kol. Schramm zaznacza, że pomiędzy przedstawieniem kol. Borego a kol. Kadyjego tylko ta jest różnica, że pierwszy upatruje siedzibę kuli w kości klinowej, kol. Kadyi zaś w oczodole. Zresztą tłumaczenie objawów jest jednakowe. Sposób, w jaki kol. Kadyi wyobraża sobie utkwienie kuli, jest prostszy i kol. S. przychyla się pod tym względem do jego zdania.

Kol. Ziembicki sądzi, że, jeżeli rzeczywiście w danym przypadku powstała szczelina w kości u podstawy czaszki, to przypadek ten należy o tyle zaliczyć do rzadkich, że nie przyłączyło się ropne zapalenie opon mózgowych.

Kol. Bory przyznaje, że tłomaczenie, jakie daje kol. Kadyi, jest rzeczywiście prostsze i łatwiejsze i przyjmuje to tłomaczenie. Zresztą rzecz ta nie zmienia wywodów o danym przypadku i tłomaczenie objawów nie doznaje przez to zmiany, ponieważ ślepotę oka lewego u chorego wywodził także z bezpośredniego uszkodzenia nerwu wzrokowego. Kol. B. do przypuszczenia siedziby kuli nieco więcej ku tyłowi skłonił głównie kierunek kanału postrzałowego mocno ku tyłowi podany.

2) Kol. Przewodniczący odczytuje przedłożone przez kol. Pawlikowskiego i kol. Obtułowicza sprawozdania o chorobach nagminnych, panujących we Lwowie i w powiecie lwowskim w miesiącach styczniu i lutym.

3) Na wniosek kol. Przewodniczącego postanowiono wynająć stały lokal dla zebrań koleżeńskich po każdem posiedzeniu.

4) Odczyt kol. Stachiewicza: O zgorzeli płuc, będzie umieszczony w całości w *Przeglądzie Lekarskim.*

Sekretarz *Dr. Bory.*

V. Ze Wschodu.

Zarysy lekarskie.

Przez

I. Ilg . . .

(Dok. Patrz Nr. 12.)

Do odpornych przeciw cholerze miejscowości, przynajmniej do czasu, zanim się ona tu nie ukaże, zaliczyć można wyniosłą powierzchnią Azyi wschodniej. Miasta Mongolii, składające się przeważnie z koczujących Mongołów i kupczących Chińczyków, odznaczają się nadzwyczajnem niechlujstwem; w gęsto zaludnionych podwórzach, budynkach i wązkich ciasnych uliczkach na każdym kroku kupy śmieci i wszelkich odpadków organicznych; takim jest pograniczny Majmaczyń jak również o 300 wiorst odległa ztąd Urga, owa stolica świata budyjskiego, do której co lato zjeżdża się po paręset tysięcy ludności. Mimo tak jednak przychylnego dla zarazy gruntu cholery tu nikt nie pamięta, ani samodzielnie rozwijającej się, ani z Chin przyniesionej. Do tych miejscowości wskazanych przez Pettenkofera, w których pomimo wszelkich niehigienicznych wpływów cholera się nie rozwija, zaliczyć musimy i powyżej wymienione.

Do rzędu często spotykanych chorób należy kiła, mniej szerząca się pomiędzy ludnością rosyjską a więcej wśród

koczujących ludów tutejszych, gdzie całe ulusy zaraża, jak to widzimy u północnych Ostyaków i Jakutów lub bardziej na południe posuniętych Buryatów i Tunguzów; jeszcze zaś większe spustoszenie czyni trąd, *lepra*, w ziemi Jakuckiej w okręgu Wilujskim; niemało do tego się przyczynia ubóstwo ludności północy, żyjącej wśród śniegów, chłodów i wilgoci, w pogoni za dzikim zwierzem lub też w swych źle opatrzonych dymnych jurtach, mającej za główne pożywienie ryby i mięso solone.

Teoryą, że trąd biblijny, który był tak pospolitym od VIII do XV wieku w Europie i obecnie tamże w kilku miejscowościach się pojawił, miał być formą zastarzałej kiły, dziś można uważać za zupełnie nieuzasadnioną. Według opowiadań naocznych świadków chorzy na trąd straszny przedstawiają widok; porażone członki, przeważnie dolne, pokrywają się ranami, następuje rozpad tkanek i gnicie, które w końcu sprowadza zakażenie krwi. Delegowani przez rząd dla walki z tą chorobą do Wilujska lekarze i wszelkie stósowane dotąd środki, wobec antyhigienicznych warunków życia i złego odżywiania, okazały się zupełnie bezskutecznemi. Znana Wam zapewne z pism, niejaka angielka Mis Kate Marsden, osławiona filantropka, która 1890 roku wyrobiwszy sobie półurzędową w Petersburgu misyę i uzbierawszy poważną sumę, jako zbawczyni ludzkości pojechała do Wilujska dla ratowania umierających Jakutów. Po głośnych reklamach o zakładaniu szpitali i leczeniu trędowatych, skończyło się na tem, że nie dojechawszy do miejsca przeznaczenia, zmęczona i zniechęcona podróżą, zemknęła z Jakucka.

W stósunkach obecnych żadne jednak środki lecznicze, żadne szpitale i lekarze z osobna nie wpłyną na przecięcie rozwoju trądu, podobnie jak i innych chorób zakaźnych; brak dobrobytu, oświaty, cywilizacyi, tych wielkich w życiu ludzkości czynników, którymi się współczesna Europa od średniowiecznej odrodziła. Wskutek nieczystości, nieobmywania ciała, brudnej odzieży, choroby naskórne często się szerzą wśród miejscowej ludności, szczególniej koczującej inorodczej; w ich rzędzie pierwsze miejsce zajmuje świerzbiączka. Do chorób endemicznych, którym łatwo podlega ludność miejscowa a jeszcze bardziej przybyła, należy w pierwszym rzędzie reumatyzm stawowy a jeszcze pospoliciej mięśniowy, często połączony z zapaleniem osierdzia (*pericarditis*), rzadziej śródsierdzia (*endocarditis*) a mający nieraz przebieg ciężki i groźny. Zapalenie opłucnej pospolicie przechodzi bez wysięku a niema trupa, u któregoby nie było w tutejszym ostrym klimacie zrośnięcia dwóch listków opłucnej. Zapalenie płuc dosyć często się przytrafia, jak również ostry nieżyt oskrzeli; suchoty rzadko bywają i przebieg ich stósunkowo łagodny, o czem świadczą wszyscy lekarze miejscowi; rozwijają się zaś zazwyczaj wskutek pierwotnego nie rozdzielonego zapalenia płuc lub przewlekłego nieżytu dróg oddechowych. Do innych chorób często się zdarzających należy jaglica i nieżyt powiek. Znaczna ilość spożywanych ryb, przeważnie solonych, w szczególności ulubionego przez tutejszych mieszkańców omula, poławiającego się w Bajkale, mnóstwo psów utrzymywanych przez Buryatów i przybiegających z Mongolii wpływają na rozmnożenie tak u dorosłych jakoteż u dzieci rozmaitych pasorzytów. Nie mówiąc już o zwykłych glistach (*ascarides lumbricoides*) i o włosoglówce ludzkiej (*trichocephalus dispar*) często spotyka się tasiemca nieraz całe życie prześladującego swą ofiarę. Ludowem lekarstwem na tasiemca jest świeży kawior, który spożywają równocześnie z zażyciem środków przeczyszczających.

Wobec blisko 18 tysięcy lekarzy w państwie rosyjskiem, dziś lekarz i w Syberyi, jak to było przed 30 laty, nie jest unikatem; ogółem liczba ich tu dochodzi 500, przeważnie wszyscy na służbie rządowej po miastach, w ogniskach zarządów administracyjnych; a tymczasem całe przestrzenie, tysiące wiorst pozostają pozbawione wszelkiej pomocy lekarskiej. Z $7^1/_2$ milionów w Syberyi ludności, w tej liczbie 800 tysięcy tak zwanych inorodców, jedni żyją w pierwotnej jeszcze kulturze, pędząc życie koczownicze i nie udają się do lekarzy, inni znowu jak Tatarzy lub Buryaci hołdują swej własnej cywilizacyi, posiadają samorodną medycynę. Wobec tych warunków czynność lekarzy dla stanu zdrowotności miejscowej ludności jest martwą literą a zajęcie ogranicza na rozjazdach służbowych lub jedynie załatwianiu papierów czysto urzędowej natury. Wobec znacznej ilości kończących naukę lekarzy i nieustannej pogoni za chlebem, posad mało wakujących a w miastach przepełnienie nawet lekarzami; tak naprzykład Tomsk ma ich 37, Irkuck 36, Omsk 31, Ekaterynburg 23, Tobolsk, Krasnojarsk, Czyta, Władywostok po 12, Troickosawsk 10, Blagowieszczeńsk 9, Chabarówka 8, Tiumeń 8, Barnaul 6 i t. d. — Jak na innych polach pracy cywilizacyjnej, tak i też praktyki lekarskiej byli pierwszymi pionierami w Syberyi Polacy, skazani na deportacyę po latach 1831 a w szczególności po roku 1863, zostawiając tu wszędzie po sobie niezatartą pamięć i wdzięczność miejscowego społeczeństwa. Na ich czele postawić należy zasłużonego przyrodnika, Benedykta Dybowskiego, dalej mieszkających tu Krasickiego, Kościałkowskiego, Ciechanowskiego, Jaworowskiego, Orzeszkę, Swidę, Tomkowicza, Landowskiego i tylu innych. Dziś już większości nie stało; jedni zyskawszy pozwolenie wrócili do kraju, drudzy złożyli kości na mroźnej obcej, choć gościnnej ziemi, jak zmarły w Czycie Baupré lub Wiszniewski, Czekatowski, Ziemacki, Łagowski zmarli w Irkucku; jeszcze niedobitki tej wielkiej cywilizacyjnej armii rozproszone tu i owdzie po Syberyi, wniosłszy lepsze pierwiastki i swą wiedzę w ofierze miejscowemu społeczeństwu, dożywają tu swego wieku otoczeni czcią i szacunkiem powszechnym. Obecną liczbę lekarzy Polaków w Syberyi obliczyć można na 10%.

Na położone na najdalszych kresach państwa posady wojskowe zwykle przysyłani bywają lekarze kończący akademię wojenno lekarską w Petersburgu. Dyscyplina i wymagania zwierzchności nieraz trudne do pogodzenia ze stanowiskiem ich, wreszcie towarzystwo, raczej brak jego, czynią pod każdym względem położenie ich niegodnem zazdrości. Lekarze cywilni przeważnie pochodzą z uniwersytetów kazańskiego, rzadziej moskiewskiego. Rzuceni prosto ze szkolnej ławki na bezludne pustkowie, zdala od kraju i swoich, pozbawieni wszelkich wyższych dążności i bodźca do pracy, marnieją, oddając się tak rozpowszechnionemu nałogowi pijaństwa; mocniejsze tylko i zahartowane natury, wierzące w swe siły i pomoc własną, umieją, jeśli już nie ożywić ospałych, to przynajmniej stworzyć sobie oddzielny świat i pracę. Większość niestety trawi życie przy kartach lub też często się zdarza, iż lekarze oprócz medycyny uprawiali handle, zakładali sklepy, poszukiwali złota i t. d. a co gorsza, ku wstydowi zawodu naszego bywały przypadki lekarzy figurujących w sprawach kryminalnych, których i obec-

nie kilka na porządku dziennym, ukrywanie zabójstwa, branie łapówek i fatalne zdarzenie, w którem lekarz ograbia umierającego, przywłaszczając sobie całą jego majętność. Szczęściem, że w sprawach tych nie umoczył rąk żaden z kolegów naszej narodowości.

Jeżeli się skarżą na brak obowiązującej pomocy lekarskiej dla ludności gubernij zachodnich i Wielkorosyjskich, to jakąż może być organizacya w tak rozległej i niecywilizowanej Syberyi? Jeden lekarz wioskowy (sielski) z 50 rs. na lekarstwa i kilku pijanymi felczerami obowiązany jest leczyć okrąg, mający co prawda tylko kilkadziesiąt tysięcy ludności, lecz nieraz o kilka razy większej przestrzeni niż królestwo Galicyi i Lodomeryi. Zajęcia więc tylko i pomoc muszą być fikcyjne a zależą często od osobistych zapatrywań się lekarza, poczuwającego się do jakiegoś działania lub wprost przeprowadzającego wszystko na papierze. Orzeczenie spraw sądowo-lekarskich należy do lekarzy okręgowych a zajęcia ich zależą od przestrzeni okręgu, jego zaludnienia, wreszcie ilości przestępstw. Gdzie deportacya znaczniejsza w pobliżu miejsc katorgi, i ilość przestępstw o wiele większa. Niższy stopień cywilizacyi położył swe piętno i na charakterze przestępstw samych; niema tu skomplikowanych zabójstw europejskich a wszystko grube i łatwo zdradzające występcę. Przeważną liczbę pomiędzy obdukcyami sekcyjnemi zajmują przypadki zamarznięcia lub samobójswa, dokonanych pod wpływem pijaństwa; nałogowi temu bardzo się oddaje ludność rosyjska tak, że niejednokrotnie w biały dzień podejmują opodal szynków skostniałych nieboszczyków. Wobec istniejącego w Syberyi monopolu na gorzelnie, pozostają one jako i sprzedaż samej gorzałki wyłącznie w ręku większych kapitalistów; pomimo iż ceny wysokie a produkt lichy, porozrzucana sieć szynków czyha na zdobycz, umiejętnie wyzyskując kieszeń łatwowiernych kundmanów a dodać należy, że źle oczyszczona wódka syberyjska ma własność prędkiego upajania. — Niemniej groźną a szkodliwą konkurentką jest sprzedawana przez Chińczyków „chańczyna“, pędzona z prosa i innych traw, gorzej jeszcze oczyszczana, o wstrętnym zapachu i smaku. Chińczycy sami jej prawie nie używają; natomiast piją wódkę pędzoną z ryżu gorącą, w małych, wielkości paru naparstków miseczkach. W pogranicznych południowych częściach Zabajkalii, surowo wzbronioną przez rząd, potajemnie sprzedają „chańczynę“, przyuczając do niej ludność miejscową, jak również do palenia makowca, wielce zgubny wpływ wywierającego. „Chańczyna“ ma to do siebie, iż prędko sprowadza utratę przytomności i łatwo następuje otrucie. Widziałem kilku ludzi pijanych od „chańczyny“, sprawiających wrażenie ludzi konających; bezprzytomni, bez pulsu, ciepłota ciała zniżona do 36°, oddech krótki, ciało i gałki oczne pozbawione czucia; w takim stanie pozostawał jeden z nich godzin 12. Sekcye wykazują tu zwykle przewlekłe, organiczne zmiany alkoholikom właściwe, stłuszczenie serca i wątroby, zmiany w tętnicy głównej i jej zastawkach i t. p. Pijaństwo tak bardzo zakorzenione w tutejszem społeczeństwie, iż podlegają mu wszystkie jego warstwy; piją bogaci i biedni, mężczyźni i kobiety; wielkąby więc pod tym względem okazało usługę umiejętnie kierowane towarzystwo dobroczynności, podnoszące zdrowotność, jako też moralność i dobrobyt tutejszej ludności. Natomiast pośród Buryatów w Zabajkalii pijaństwo jest mało rozwinięte, jak Rosyanie swojego „wina“, Chińczyczycy „chańczyny“ i „majgały“ używają, Buryaci rodzaju kumysu „arakuszem“ zwanego; napój to urządzany z mleka, z małym procentem alkoholu, z przykrym zapachem i smakiem.

Oprócz wyżej wymienionych przyczyn sądowych obdukcyj, zdarzają się samobójstwa przez powieszenie lub utopienie się; do wykwintniejszych zaś sposobów śmierci, jak otrucie się zapałkami fosforowemi lub strychniną, uciekają się chyba skazani z Rosyi europejskiej. Przy bystrości i wylewach górskich rzek i potoków, nie rzadkiemi tu bywają przypadki utonięcia, nie tylko na wiosnę lecz i w innych porach roku; jesienią i latem wzbierają nagle wody, stósownie do podnoszenia się ich w strumieniach wyżej leżących.

Zabójstwa w celach grabieży, wogóle nie częste; w południowych zaś okręgach Zabajkalii, tak nielicznie osiadłych przez skazanych, sprawy tego rodzaju należą do wyjątkowych. Pozbawieni cywilizacyi europejskiej inorodcy syberyjscy nie otrzymali i równocześnie z nią rozwijających się stron ciemnych a będąc prostaczkami i poganami kierują się jednak zasadą miłości bliźniego a wykroczenia przeciw temu przykazaniu i moralności w porównaniu z ludnością napływową, spotykają się u nich tylko wyjątkowo.

VI Wiadomości bieżące.

— Jak po inne lata o tej porze, otrzymaliśmy teraz Dwudzieste zdanie sprawy komitetu Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie za rok 1892. Jak to Towarzystwo a mianowicie należący do niego szpital dla dzieci św. Ludwika, zostający pod dyrekcyą Prof. Dra M. L Jakubowskiego, spełnia swe zadanie i jakiem cieszy się zaufaniem w Krakowie i jego okolicy, pouczą najlepiej następujące cyfry.

Szpital ma łóżek 120, t. j. 24 kliniczne a 96 szpitalnych. Leczono w szpitalu stale 1252, ambulatoryjnie 5240, zaszczepiono krowianką 111 dzieci.

Średni czas leczenia chorego wynosił dni 25·7, średnie koszta utrzymania dziennie chorego 54 centy. Największa liczba dni leczenia była w maju (2767), najmniejsza w sierpniu (1986). Co do miejsca pobytu rodziców, było 287=28·24% z Krakowa, 728=71·76% dzieci zamiejscowych. Pod względem wyznania było dzieci chrześcijańskich 901=88·77%, izraelickich 114=11·23%. Co do skutku leczenia, wyszło uleczonych 627=58·27%, z polepszeniem 53=4·92%, nieuleczonych 67=6·22%, zmarło 265=24·63%, pozostało na rok 1893 64=5·96%. Operacyj wykonano 296, między niemi samych tracheotomij 45, tracheotomij następowych po intubacyi 17, samych intubacyj 67, intubacyj po tracheotomii było 3.

Z 45 tracheotomij wyszło uleczonych 13=28·9%, nieuleczono 1=2·2%, umarło 31=68·9%. Z 67 intubacyj wyszło uleczonych 23=34·5%, nieuleczonych 2=2·9%, umarło 42=62·7%.

Rzecz cała kończy się obszernem zdaniem sprawy z lecznicy dla dzieci skrofulicznych w Rabce założonej jeszcze w roku 1887 z inicyatywy Prof. Jakubowskiego.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy Nadworniański rozpisuje konkurs na posadę lekarza okręgowego w Majdanie średnim. Gmin 11, ludności 19453. Płaca roczna 500 złr., ryczałt na podróże 328 złr. Podania do 15. kwietnia b. r. do Wydziału powiatowego.

— Pierwsze posiedzenie międzynarodowej komisyi sanitarnej mającej ułożyć plan jednolitego działania przeciw cholerze odbyło się w Dreźnie w dniu 11. Marca r. b. Obrady trzymane są w tajemnicy a rezultat działania komisyi podany będzie do publicznej wiadomości dopiero po ratyfikowaniu ich przez państwa w konferencyi udział biorące.

Następujące państwa reprezentują następujący delegaci lekarze: Francyą Brouardel i Proust, Anglią Thorne Thorne, Niemcy Koch, Austro-Węgry Kousy, Belgię van Ermenghen, Danię

Lehmann, Grecyą Vaffiades, Niederlandy Ruysch, Włochy Pagliano, Hiszpanią San-Martino, Rumunią Félix, Szwajcaryą Roth i Schmidt. Rosya, Serbia i Szwecya nie wysłały delegatów lekarzy.

— Ustanowione przez rząd niemiecki w czasie zeszłorocznej epidemii cholerycznej inspekcye lekarskie nad Elbą, Odrą, Wisłą i Renem były bardzo czynne, jak pokazuje się z następujących dat odnoszących się wszakże tylko do Elby i Odry.

Od 13. września do 29. listopada zrewidowano na Elbie 57108 statków wodnych i 205954 osób, desinfekcyonowano 32351 statków i wykryto 108 przypadków cholery a 11 przypadków o cholerę podejrzanych.

Na Odrze desinfekcyonowano 15930 statków i doniesiono o 7 przypadkach cholery a o 3 o cholerę podejrzanych.

— Król i królowa włoscy wyznaczyli nagrodę 10000 franków za najlepszy przyrząd do transportu rannych. Modele w $^1/_4$ naturalnej wielkości należy przysłać do 30. czerwca b. r. do Towarzystwa Czerwonego Krzyża w Rzymie pod adresem L. delli Sonaglia.

— Według ostatnich wiadomości przedstawiło kolegium profesorskie Wydziału lekarskiego w Wiedniu na opróżnioną przez śmierć Prof. Kahlera katedrę kliniki chorób wewnętrznych wyłącznie tylko Prof. Wilhelma Erba z Heidelbergu.

— Oczekiwane od tak dawna izby lekarskie otrzyma naprzód Austrya górna. Według rozporządzenia Namiestnictwa górno-austryackiego izba lekarska będzie mieć siedzibę w Lincu i składać z 19 członków, z których 3 wybiorą lekarzy stolicy, resztę zaś i tyluż zastępców lekarze na prowincyi podzieleni na okręgi tymczasowe. Na 17 lekarzy przypada jeden członek izby lekarskiej.

— *Monomania neurologica.* Jakiś professor amerykański (amerykański oczywiście!) odkrył, że suchoty płucne są po prostu nerwicą nerwu błędnego a gruzełki pewną formą pasówki (Herpes zoster). Sławny ginekolog angielski Lawson Tait, znany przeciwnik wiwisekcyj, twierdzi znów, że wszystkie zapalenia otrzewny, tak ostre jak i przewlekłe, polegają na zmianie chorobowej w nerwach trzew. O cholerze wielu już teraz nie wątpi, że jest chorobą układu nerwowego. Tak dalej idąc, przyjdzie się do przekonania, że nie ma innych chorób prócz nerwowych! *Centralblatt für Nervenheil. Marzec 1893.*

— O dopuszczeniu kobiet do zawodu lekarskiego a w szczególności do praktyki położniczej napisał Prof. R. Dohrn osobny a gruntowny artykuł w *Deutsche med. Wochenschrift*, z którego czerpiemy następujące uwagi.

Wielu osobom zdaje się, że nie jest rzeczą właściwą, by mężczyźni leczyli kobiety a mianowicie występowali czynnie w chorobach i funkcyach właściwych tylko kobietom. Jest to wszakże tylko teorya, bo praktyka uczy na podstawie statystyki krajów cywilizowanych, iż do coraz większej liczby porodów wzywa się akuszerów tam nawet, gdzie wszystko odbywa się fizyologicznie i gdzie zatem niema żadnej potrzeby czynnej pomocy akuszera. Jestto najlepszym dowodem, iż ogół ludności i same kobiety interesowane zapatrują się inaczej na męzką pomoc lekarską w ginekologii i położnictwie, niż o tem sądzą teoretycy. Przyczyna tkwi w tem, iż zawód lekarski a mianowicie położnika wymaga bardzo często takiej siły i wytrwałości fizycznej z jednej strony a z drugiej takiego stopnia rozwagi, energii i stanowczości, jakich nie mają kobiety. Tam, gdzie trzeba nie tylko wystąpić czynnie, ale i wystąpić we właściwej chwili, gdzie zatem nie można ulegać życzeniom, prośbom i naleganiom kobiet i ich mężów, tam da sobie radę tylko mężczyzna, tam nie przyda się na nic kobieta ze swą wrażliwością i brakiem stałości. Podobnie, jak z położnictwem, ma się rzecz i z ginekologią, która w znacznej części wkroczyła w dziedzinę chirurgii a przeto nie nadaje się dla kobiet jako pole ich działania.

— **Nekrologia.** W Mińsku gubernialnêm zmarł w dniu 16. b. m. Dr. Franciszek Wereńko, przeżywszy lat 31. Zmarły ogłosił w roku 1887 pracę pod tytułem Mięśnie serca nagrodzoną złotym medalem przez uniwersytet warszawski a później mimo ciężkiej choroby płucnej, która ostatecznie położyła kres jego życiu, zajmował się nie tylko nauką i praktyką lekarską, ale nadto i poszukiwaniami archeologicznemi w powiatach Boryczowskim i Lepelskim.

W myśl uchwały powziętej na 2 gim zjeździe lekarzy powiatowych we Lwowie, odbędzie się w dniu 30. kwietnia r. b. (Niedziela) **trzeci zjazd lekarzy powiatowych we Lwowie.** Obrady toczyć się będą nad kwestyami poruszonemi na poprzednich zjazdach, tudzież nad wnioskami, które Szanowni Koledzy raczą w streszczeniu przesłać na ręce sekretarza zjazdu Dra Obtułowicza (Lwów — plac Smolki l. 5, I. piętro).

Porządek dzienny zostanie w odpowiednim czasie ułożony i ogłoszony.

Miejsce zgromadzenia: *Sala Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego* (Lwów, Rynek l. 10, II. piętro).

Początek o godzinie 10. zrana.

Dr. Merunowicz prezes zjazdu. *Dr. Obtułowicz* sekretarz zjazdu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 5. kwietnia b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Demonstracye anatomopatologiczne kol. prof. Browicz, 2) odłożona demonstracya hodowli i preparatów prątka tężcowego (*tetanus*) kol. Ponikło.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **H. R. w N.-N.** *Nowiny Lekarskie* wychodzą bardzo regularnie w Poznaniu; kartę pocztową Sz. Kolegi przesłaliśmy ich redakcyi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 8. Kwietnia 1893. Nr. 14.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{3}$ „	„ 6 „

I. Mydło kalomelowe w leczeniu przymiotu (kiły).

(Wzmianka tymczasowa).

Podał
Dr. med. Watraszewski,
Lekarz Naczelny szpitala św. Łazarza w Warszawie.

Pod nazwą „mydła kalomelowego“ pozwalam sobie polecić uwadze Szanownych Kolegów środek, który w zastósowaniu do wcierań u chorych dotkniętych przymiotem, oprócz doskonałych własności leczniczych, okazuje się praktycznym w wysokim stopniu.

Mydło kalomelowe przyrządza się przez staranne zmieszanie kalomelu na parze zrobionego (*Calomelas vapore paratum*) z czystem mydłem potasowem, odpowiednio przygotowanem, w stosunku 1 : 2 (*Sapo calomelanos fortior*), względ. 1:3 (*Sapo calomelanos mitior*) i przedstawia się w postaci miękkiej masy koloru białawego z szarym odcieniem. Mydło zaś potasowe, służące również i za podstawę dla mydła szarego merkuryalnego (Oberlaender), otrzymuje się za pomocą działania ługu potasowego na świeżą oliwę prowancką, aż do utworzenia się chemicznie czystego związku — mydła, które odpowiednio zgęszczone przez odparowanie, przedstawia się jako ciało ze słabym mydlanym zapachem, z koloru i konsystencyi najwięcej do czystej wazeliny podobne. Przygotowanie odrazu dobrego mydła nie jest zbyt łatwem i wymaga pewnej wprawy.[1])

Do jednorazowego użytku biorę obecnie ilość dwugramową mydła kalomelowego, zawierającą 50. względ. 66 centygramów czystego kalomelu, stósownie do tego, czy preparat przepisany słaby jest czy mocniejszy. Samo zaś wcieranie robi się w następujący sposób:

Po obmyciu ciepłą wodą ze zwykłem mydłem okolicy ciała, która ma być natartą, lub po wzięciu kąpieli, kładziemy na skórze całą ilość mydła kalomelowego, która ma być zużytą (połowę jej, jeśli wcierać mamy w symetryczne części ciała) i dłonią zmaczaną w wodzie rozprowadzamy mydło ruchami rotacyjnymi po skórze danej okolicy. Dłoń należy zwilżać kilkakrotnie, t. j. dopóty, dopóki cała ilość mydła nie zamieni się w płynną, białą pianę i pianę tę powolnie i nie zbyt silnie wcieramy wciąż dalej, aż do chwili, gdy znikać pocznie. Ostatek mydła staramy się za pomocą powolnych ruchów w jednym kierunku i z większą trochę siłą wykonywanych wmasować w skórę danej okolicy.

Czas potrzebny do wykonania wyż opisanego wcierania wynosi od 10—15 minut, stósownie do wprawy wcierającego, i jeżeli mydło było odpowiednio rozprowadzone i frykcya wykonana jak należy, nie znajdujemy ani na skórze danej okolicy ani na dłoni żadnego widocznego śladu kalomelu a skóra zwykłą swą zachowuje barwę.

Ważniejsze korzyści przy użyciu mydła kalomelowego w porównaniu ze środkami frykcyjnemi, będącymi dotychczas w użyciu — są tedy następujące:

1) Mydło kalomelowe potrzebuje do wtarcia bardzo mało czasu i trudu i z tego względu może być doskonale zastósowane i wcierane osobiście u osób słabowitych, tudzież mających bardzo mało czasu do swej dyspozycyi.

2) Mydło to pozbawione jest zapachu i bezbarwne w użyciu, t. j. nie brudzi ani skóry ani bielizny, pozwala zatem chorym cierpiącym na przymiot przeprowadzić kuracyę w czystości i w zupełnej tajemnicy.

3) Wcieranie mydła kalomelowego zdaje się nie wywierać wcale drażniącego działania na skórę. Przynajmniej nie zauważyłem dotychczas w żadnym przypadku objawów tego rodzaju (*dermatitis, eczema*) w miejscach, gdzie środek ten był używany, nawet kilka razy z rzędu.

Co się tyczy wartości leczniczej mydła kalomelowego, to takowe w zastósowaniu w przypadkach przymiotu świeżego i późnego (*syphilis recens et tarda*) zdaje się odpowiednie, na zasadzie dotychczasowych mych spostrzeżeń

[1]) Doskonałe mydło tego rodzaju wyrabiają w Warszawie pp. mag. farm. Wenda i Wiorogórski.

w użytych przezemnie ilości i stósunku, wartości leczniczej oficynalnej szarej maści, mając nad nią tę wyższość, iż działanie mniej lub więcej energiczne uzyskać możemy za pomocą zmiany stósunku ilościowego kalomelu do mydła przy użyciu do wcierań tejże samej ilości preparatu. Przygotowanie i wtarcie mydła kalomelowego w stósunku nawet 1 : 1 żadnej nie robi trudności, co jedno i drugie z szaruchą lub szarem mydłem merkuryalnem (*Ungt. hydrarg. ciner. vel Sapone hydrarg. ciner.*) prawie jest niemożebnem.

Kilkakrotne badania moczu, dokonywane za pomocą metod Ludwig-Schridde-Fürbringera i Witza, w kilka, wzgląd. kilkanaście dni po zastósowaniu kuracyi wspomnianym środkiem, wykazywały stale większą lub mniejszą w tymże moczu obecność rtęci. Początek lekkiego opuchnięcia dziąseł obserwowany kilkakrotnie podczas tychże wcierań, pomimo troskliwego pielęgnowania jamy ustnej, wskutek czego codzienną ilość środka trzeba było redukować, wskazuje również na dostateczną saturacyę rtęcią całego organizmu.

Streszczając pokrótce wyż powiedziane, wolno nam, zdaje się, wyprowadzić wniosek, iż mydło kalomelowe obok posiadania tychże samych ważnych zalet, w które uposażoną jest tradycyjna szarucha, tudzież więcej nowoczesne szare mydło merkuryalne, wolne jest z drugiej strony od wszelkich niemal stron ujemnych nieodłącznych od owych preparatów i z tego względu pozwala nam rozszerzyć niepomiernie zakres stósowania prawidłowych kuracyj frykcyjnych za pomocą wygodnego i skutecznego tego środka, przez ordynowanie ich tam obecnie, gdzie takich kuracyj ze względów osobistych lub towarzyskich dotychczas nie można było przeprowadzić.

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13.)

Rozpoznanie ciał obcych w drogach oddechowych opierać się musi na wywiadach (anamnezie) i na badaniu przedmiotowem. To ostatnie znowu polega na laryngoskopii i auskultacyi. Za pomocą laryngoskopu widzieć możemy ciało obce w tchawicy, lecz nie zawsze badanie to da się przeprowadzić, jak np. u małych dzieci itp. Bez laryngoskopii rozpoznać możemy, że ciało obce tkwi w tchawicy wtedy tylko, gdy wystąpią objawy zwężenia tchawicy. Z własnej praktyki przypominam sobie dwuletnie dziecko, które wciągnąwszy do tchawicy łupinkę z orzecha włoskiego w najwyższym stopniu duszności przywiezione zostało do szpitala. Tu już bez żadnych prób laryngoskopowania do tracheotomii przystąpiłem. Podobnież utkwienie ciała obcego w oskrzelu z przypadków zwężenia lub zatkania tegoż oskrzela można rozpoznać. W jednym przypadku, gdzie ołówek utkwił w prawem oskrzelu głównym, mogłem oznaczyć miejsce jego obecności ztąd, że szmer zwężenia najwyraźniej dał się słyszeć pomiędzy kręgosłupem a łopatką prawą, znacznie zaś słabiej było go słychać pomiędzy kręgosłupem a łopatką lewą; tchawica okazała się podczas laryngoskopowania wolna. Szmer był słyszalny i bez przyłożenia ucha, zwłaszcza podczas mocniejszego wdechu. Bywa to nieraz w pewnym stopniu zwężenia jednego oskrzela. Jeżeli mianowicie zwężone jest jedno oskrzele choćby bardzo znacznie, a nawet, gdy jest zupełnie zatkane, chory nie potrzebuje mocniejszemi wdechami dobijać się powietrza, przez drugie bowiem oskrzele przechodzi ono łatwo. Szmer zatem nigdy tu tak mocny nie powstanie, jak w zwężeniu tchawicy, w którem chory musi wciągać powietrze z natężeniem. To też zwężenie tu do wyższego dojść musi stopnia, niż w tchawicy, by sprawić szmer. W innym przypadku mogłem rozpoznać utkwienie strzałki z t. zw. fistuły w dolnej gałęzi oskrzela prawego po tem, że szmer zwężenia było słychać tylko nad dolnym płatem prawego płuca, szmer zaś pęcherzykowy nad tymże płatem wyraźnie był słabszy, niż gdzieindziej. Dnia poprzedniego szmer ten zwężenia, choć nieco odmienny, słyszałem także nad płatem średnim a jedynie nie było go w górnej części prawego płuca. Widocznie zatem strzałka opierała się grubym swym końcem o miejsce podziału oskrzela prawego na gałąź dolną i średnią, gdy gałąź górna, jako wcześniej odchodząca, żadnej już nie doznawała przeszkody. Dnia następnego strzałka wsunęła się w gałąź dolną, którą przez to tem bardziej zwęziła a równocześnie oswobodziła początek gałęzi średniej. Przesunięcie się to ciała obcego czuł zresztą i sam chory bardzo dobrze; poprzednio bowiem lokalizował to ciało obce według uczucia z prawej strony mostka koło czwartego żebra w głębi, potem zaś twierdził, że mu się przesunęło w tył i w dół „pod łopatkę“.

Jeżeli ciała obcego nie można dojrzeć w tchawicy ani laryngoskopem, ani też nie zwęża ono tchawicy lub którego z głównych lub drugorzędnych oskrzeli, wtedy obecności jego domyślać się tylko możemy na podstawie wywiadów i zlokalizowanego dokładnie bólu. Ból ten pochodzić może z wbicia się ostrego końca w ścianę, z ugniecenia i zranienia jej przez nierówne brzegi ciała obcego i t. p. Gładkie jednak ciała obce mogą długi czas przebywać w oskrzelach nie sprawiając żadnego bólu, a nawet i do nierównych oskrzela po dłuższym czasie przywykają i w końcu bolesność przy nich ustępuje i to bez względu na to, czy jest obok tego zwężenie czy nie. Ciała rurkowate, jak n. p. wpadłe w oskrzela kaniule, mogą nie sprawiać ani bólu, ani utrudnienia oddechu i zgoła nie zdradzać się żadnymi przypadami. Ciała twarde i aseptyczne mogą przebywać nawet bardzo długo bez wielkiej szkody w oskrzelach.

Przypadek wspomniany przezemnie powyżej tyczył się młodego chłopca, któremu ołówek przed 7 laty wpadł do prawego oskrzela. Od tego czasu chory zapadał często na mocne i uparte nieżyty oskrzeli (zapewnie głównie po stronie prawej). W przypadku strzałki w dolnej gałęzi prawego oskrzela w piątym dniu po jej wpadnięciu znalazłem nad dolnym płatem odgłos bębenkowy a w szóstym pomimo wyjęcia ciała obcego wystąpiło stłumienie na całym dolnym płacie, które jednak ustąpiło po kilku dniach stanu podgorączkowego. Natomiast przypominam sobie przypadek, w którym u chorej, operowanej z powodu kiłowego zapalenia ochrzęstnej, dostał się później kawałek obumarłej chrząstki do oskrzela a skutkiem tego wywiązało się zapalenie płuc i opłucnej z przejściem w zgorzel i zakończeniem śmiertelnem.

Leczenie wymaga naturalnie usunięcia ciała obcego. Sposobem endolaryngealnym można się o to jeszcze pokusić w razie ciał obcych tkwiących w samym początku tchwicy; w razie jednak usadowienia ich niżej konieczną do ich usunięcia jest tracheotomia, podobnie jak i wtedy, gdy spełzną na niczem zabiegi endolaryngealne albo, gdy wielkość lub kształt

ciała obcego już z góry przemawiają przeciw próbom endolaryngealnym. Zaniechać natomiast należy tracheotomii tam, gdzie nie mamy żadnych wskazówek co do usadowienia ciała obcego, gdzie ono nie wywołuje żadnych przypadów, jak to bywa nie tylko w razie ciał obcych drobnych i lekkich, ale także i ostrych kończystych jak igły i t. p. Wyjmowanie ciała obcego sposobem endolaryngealnym z tchawicy nie różni się niczem od wyjmowania ciał obcych z krtani, nie będziemy więc nad niem zastanawiać się bliżej; o wyjmowaniu ciał obcych po tracheotomii poniżej będzie mowa.

Przejdźmy teraz do zwężeń tchawicy i oskrzeli u tracheotomowanych. Tracheotomia w zwężeniach tchawicy sama przez się nie daje nowej drogi dla powietrza, które w swem przejściu na zwykłej drodze napotyka na przeszkodę. Zwykle bowiem przy tracheotomii nie dostaniemy się poniżej zwężenia, ale powyżej niego musimy otworzyć tchawicę. Wyjątek stanowi jedynie w zwężeniach tchawicy wysoko położonych tracheotomia podtarczykowa.

Podobnież, jeżeli u poprzednio tracheotomowanych wystąpi zwężenie poniżej kaniuli, droga zyskana dla powietrza dawniej w obec zwężenia głośni, nie będzie dostateczną teraz w obec zwężenia tchawicy. W każdym razie przetoka tchawicza stanowi drogę do badania i leczenia zwężeń tchawicy; ażeby jednak wystarczała i dla powietrza oddechowego, potrzeba przez nią i przez miejsce zwężone przeprowadzić rurkę dostatecznie szeroką, którąby powietrze łatwo przechodzić mogło. Wobec niskiego nieraz położenia zwężenia nie zawsze wystarczy ku temu celowi zwykła kaniula; w takim razie użyć musimy dłuższej, jaką podał König i inni. Te same jednak usługi co kaniula Königa oddać także mogą kawałki kateteru albo rurek gardzielowych odpowiedniej długości. Co do mnie, wolę nawet te ostatnie, gdyż mogę je zastósować do przypadku danego, używając cieńszych lub grubszych a wobec taniości ich mogę używać świeżych dla każdego chorego. Jedynie w zwężeniach bardzo niepodatnych, jak np. powstałych na tle grubych, okrężnych blizn, ma kaniula Königa niezaprzeczoną wyższość. Jeżeli więc wobec bezpośredniego niebezpieczeństwa życia w zwężeniu tchawicy wykonywamy tracheotomię, winniśmy natychmiast po jej wykonaniu założyć rurkę tak długą, żeby przez miejsce zwężone przejść mogła a przez to rozszerzyć je, o ile można. Każdy łatwo pojmie, że jest to tylko leczenie zabezpieczające chorego na razie, ale nie usuwające jeszcze zwężenia; po wyjęciu bowiem rurki zwężenie znowu powróci. Założenie dłuższej rurki może tam tylko mieć skutek, gdzie zwężenie jedynie jest w tchawicy; jeżeli jednak oba oskrzela są zwężone, wtedy rurka tu żadnego skutku mieć nie będzie; co więcej może to ona nawet w zwężeniu w samej tchawicy być nieprzydatna. Zdarza się to mianowicie w zwężeniu tchawicy przez błony krupowe; wtedy wprowadzona rurka, jeżeli nie przejdzie zwężenia, tylko oddzieli błony od ścian tchawicy i zepchnie je na dół; musi przeto zupełnie zatamować oddech.

Podobne nagłe zatkanie tchawicy zdarzyć się także może, jeżeli rurka zbyt krótka, n. p. zwykła kaniula, nie przejdzie miejsca zwężonego, lecz z góry je tylko uciska i nieco spycha; zwłaszcza może stać się w nowotworach na jednej ścianie tchawicy, które przez ten ucisk ku światłu tchawicy więcej wtłoczone być mogą. W takich przypadkach użyć należy dłuższej rurki. W przypadkach, w których nie można przeprowadzić przez miejsce zwężone rurki wystarczającej dla oddechu, należy, o ile można, usunąć radykalnie przyczynę zwężenia. Tyczy się to przede wszystkiem ciał obcych, które wyjmować należy natychmiast po tracheotomii; wreszcie odnosi się to do wszystkich stanów łatwo dających się usunąć, jak n. p. błon krupowych, polipów z dobrą szypułką i t. p., gdzie zatem nie warto odkładać sprawy na później. O sposobach tego operowania będzie mowa poniżej.

Wskazaniem do tracheotomii w zwężeniach tchawicy, podobnie jak w ogóle jest niebezpieczeństwo zaduszenia. — W sprawach, które zwykle przebiegają pomyślnie bez tracheotomii, należy czekać, aż niebezpieczeństwo to wystąpi w całej pełni. Tak n. p. dławiec oskrzeli u dorosłych przechodzi zwykle mimo gwałtownych ataków szczęśliwie; można więc z operacyą czekać, aż istotnie niebezpieczeństwo wystąpi bezpośrednio. W razach, w których z góry można przewidzieć konieczność tracheotomii, tem bardziej, jeżeli po tracheotomii potrzebne będzie dalsze leczenie chirurgiczne, nie należy zwlekać z operacyą, bo im zwężenie jest mniejsze, tem szerszą rurkę po tracheotomii możemy przeprowadzić przez nie i tem łatwiejsze będą rękoczyny w okolicy miejsca zwężonego. Z drugiej strony nie należy się znowu kwapić z tracheotomią w razach bardzo małego tylko zwężenia, zwłaszcza gdy niema pewności radykalnego jego usunięcia.

Pod względem rodzaju tracheotomii pierwszeństwo oddać muszę górnej, t. j. nadtarczykowej. W krykotomii, krwawienie z rozciętego więzu stożkowego a stąd wciąganie krwi w tchawicę jest wobec jej zwężenia, zwłaszcza wyższego stopnia, nieprzyjemnem. Tracheotomia podtarczykowa utrudnia badanie tchawicy i wykonanie w niej rękoczynów następnie potrzebnych. Przytem napotyka ona czasem, mianowicie u dorosłych, na znaczne trudności a wreszcie otwarta przy niej droga do śródpiersia nie należy w każdym razie do stron jej dodatnich. To też wolę i w tych razach, gdzie zwężenie tchawicy występuje wysoko, zrobić tracheotomię górną, w której albo otworzę miejsce zwężone i wtedy często odrazu będę mógł usunąć przyczynę zwężenia, albo gdy rana tracheotomijna wypadnie powyżej zwężenia, to nieraz już wystarczy zwykła kaniula, by przejść przez miejsce zwężone i rozszerzyć je. Następowo zaś potrzebne rękoczyny wobec bliskości zwężenia od przetoki tchawicy będą także tem łatwiejszemi.

Po tracheotomii otwiera nam się nowa droga do wybadania zmian tak w tchawicy jak i w krtani. Ze względu na to badanie zmiany te na trzy grupy podzielić możemy: 1) zmiany powyżej przetoki tchawiczej, 2) zmiany w jej obrębie i 3) zmiany poniżej niej. Do wybadania pierwszych posługujemy się małem zwierciadełkiem stalowem (zwierciadełkiem Czermaka) wprowadzonem w przetokę i zwróconem ku górze. Ponieważ zmiany tu występujące odnoszą się do krtani (w razie górnej tracheotomii), przeto pobieżnie tylko o nich wspomnimy. Zmiany do drugiej grupy należące dostępne są dla oka wprost; łatwo je zatem można leczyć podług zasad, jakie rozwiniemy przy trzeciej grupie. Najczęściej wreszcie występują tu zmiany przez samą kaniulę sprowadzone, o których tutaj także pobieżnie tylko wspomnimy. Pozostaje nam zatem głównie do uwzględnienia grupa trzecia, t. j. zmian poniżej przetoki tchawiczej, czy to w tchawicy czy w oskrzelach występujących. (C. d. n.)

III. Przypadek *endometritis tuberoso-polyposa.*

Podał
Prof. Dr. A. Mars.

(Dok. Patrz Nr. 13.)

Pogarszający się stan chorej nie przedstawiał na razie niebezpieczeństwa, mimo to jednak niepokoił mnie; zażądałem przeto narady lekarskiej. Chora wszakże z obawy przed badaniem i przed tem, aby jakiego zabiegu nie zaproponowano, na naradę lekarską zgodzić się nie chciała tak, że dopiero ledwo po 10-ciu dniach byłem ją w stanie do tego nakłonić i na naradę wezwałem kol. Jordana, który widział chorą po raz pierwszy 18-go września. Kol. J. podczas badania znalazł objawy wyż opisane a niedokrewność oznaczył jako taką, która wskazuje czynne wystąpienie lekarza. Podczas badania wewnętrznego znalazł znaczne wypuklenie przedniego sklepienia dolnym odcinkiem macicy, część pochwową skróconą z ujściem zewnętrznem drożnem dla końca palca. Zachowanie się chorej podczas badania, dla badającego przykre, zmusiło go do zaniechania dokładniejszego badania.

Co do rozpoznania, to uwzględniając wywiady zgodził się na przypuszczenie, iż najprawdopodobniej rozchodzi się o śluzak kosmówki (*myxoma chorii*), wykluczając łożysko przodujące — z tem nadmienieniem, że rozpoznanie ścišlejsze niemożebne.

Co do leczenia postanowiono: ograniczyć ilość czopków z makowcem do 3 dziennie, odżywiać chorą dobrze, podawać nieco wina po odrobinie, nadto gdyby czynność porodowa sama nie wystąpiła, wzniecić ją sztucznie.

Na drugi dzień po naradzie bóle były silniejsze przez kilka godzin, aniżeli zwykle, poczem wysunęło się z pochwy ciało płaskie, wielkości dłoni a grubości na $1^1/_2$ centimetra, miękkie, kruche, niecuchnące, zabarwione popielato, które wyglądało zupełnie tak, jak stary skrzep krwi wypłukany, co na razie zdawało się, że nie ulega wątpliwości. Bóle ustały, plamy krwawe zmniejszyły się a chora stała się nieco spokojniejszą.

Domniemany skrzep poddałem w swej pracowni badaniu mikroskopowemu, które ku wielkiemu memu zdziwieniu wykazało, że mamy do czynienia nie ze skrzepem krwi, ale z obumarłą tkaniną, tylko bardzo niewyraźnie się barwiącą, ciałkami krwi przesiąkłą, okazującą tu i ówdzie przekroje naczyń, to znów mniej lub więcej wyraźną tkankę siatkowatą, wśród której duże widać komórki z niewyraźnem dużem jądrem. Barwiłem skrawki różnemi barwikami; z przyczyny jednak, że tkanina była obumarłą, nie dała się wyraźnie zabarwić. Mimo to widzieć można było na skrawkach miejsca, gdzie opisane komórki wyraźniej występowały i kształty jądra były wyraźniejsze i na pewno jako takie rozeznać było można.

Komórki tak duże, cechujące i utkanie siatkowate odpowiada w zupełności preparatom, które dnia 4. maja roku zeszłego na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego przedstawiałem. Na podstawie tego badania rozpoznałem: *endometritis tuberoso-polyposa.* Jedne i drugie preparata przedstawiłem Kolegom do porównania i ocenienia.

Dnia 22. września widzieliśmy z kol. J. pacyentkę ponownie i postanowiliśmy jeszcze zbadać krew, aby oznaczyć stopień niedokrewności i odpowiedzieć sobie na pytanie: czy wzniecić czynność porodową sztucznie, czy też jeszcze wyczekiwać?

Badanie krwi podjęte przez kol. Surzyckiego wykazało: krew blada, zawiera 50—55% hemoglobiny, ilość ciałek czerwonych 2800000 w mm. sześć. a stosunek ciałek białych do czerwonych jak 1 : 80. Ciałka czerwone trudno się układają w rulony, znaczna *poikilocytosis.*

Badanie to jednak nie wpłynęło już na nasze postępowanie, gdyż niebawem po niem wystąpiła dobrowolnie czynność porodowa, która pod wpływem silnych bólów szybko postępowała.

Ponieważ w chwili wystąpienia bolów porodowych w domu mnie nie znaleziono, przeto wezwano obecnego w domu kol. B., który chorą i pierwej podczas ciąży w moim zastępstwie kilkakrotnie widział. Przybywszy zastałem macicę silnie się kurczącą, ujście macicy prawie zupełnie rozwarte, pośladki niezbyt duże do pochwy wstępujące. Po kilku mocnych bólach urodził się płód żeński niemal dobrowolnie, żywy, nie omdlały, w położeniu miednicowem. Waga dziecka 1615 grm.

Odcięto pępowinę i po zaopatrzeniu dziecka całą uwagę zwrócono na matkę, gdyż w 3-im okresie porodowym lub później można się było w tych warunkach obawiać krwotoku. Podczas wystepowania łożyska straciła chora około 500 grm. krwi; po mocnem nacieraniu dna macicy, po zastósowaniu zimnych okładów na brzuch i po podaniu sporyszu ustało krwawienie.

Łożysko, które Kolegom przedstawiłem, odeszło całe; po stronie matczynej pokryte było szarą warstwą, od strony płodowej widać miejsce, w którem odchodziły błony od łożyska, przyczepione przeważnie dośrodkowo. Z błon znajduje się tylko owodna a na brzegach drobne strzępki doczesnej i kosmówki, które w całości w macicy pozostały.

Chora niedokrewna i wystraszona. W pół godziny po odejściu łożyska, mimo bezustannego czuwania nad macicą, która kurczyła się wcale nieźle, pojawił się krwotok i chora straciła znów około 300 grm. krwi. Z obawy dalszego krwawienia postanowiono: najpierw usunąć skrzepy krwi z pochwy i macicy i wydobyć błony oddzieliwszy je, gdyby tego było potrzeba a potem wytamponować pochwę penghavarem w gazie jodoformowej. — Stósownie do tego usunąłem skrzepy z pochwy i włożyłem dwa palce do jamy macicy, z której też wydobyłem kilka mniejszych skrzepów. Całe wnętrze macicy wymacałem; błon jednak, któreby się oddzielić dały, nie mogłem wyczuć, ale za to znalazłem zmiany, jakich po zwykłych porodach nie spostrzegamy, a mianowicie tak na przedniej jak i na tylnej ścianie znalazłem sterczące ku jamie macicy znaczne, jednostajne wypuklenia, które się ze sobą stykały tak, że pomyślawszy sobie przekrój ciała macicy poprzeczny, jama tegoż przedstawiałaby się w postaci litery H, podobnie jak kształt przewodu pochwowego na poprzecznych przekrojach obserwowany. Tak te wypuklenia jakoteż i całe wnętrze macicy dawały pod palcami uczucie zbitości ani błonie śluzowej, ani też błonom płodowym nie odpowiadającej. Następnie wytamponowano pochwę penghavarem i uciskano tampony ku jamie brzucha a drugą ręką z góry nacierano dno macicy. Krwawienie na zewnątrz nie ponowiło się więcej. W 24 godzin usunięto tampon krwią przesiąkły. Tętno chorej 80 uderzeń na minutę, ciepłota niespełna 37·0° nie podniosła się wyżej przez cały ciąg połogu.

7-go dnia okazały się bardzo cuchnące, brudne odchody a cuchnienie właściwe, jakie się czuć daje tam, gdzie jest

zgorzel, napełniło mieszkanie. Poleciłem przestrzykiwanie pochwy, poczem odpływ ten cuchnący do 3-go dnia ustąpił bezpowrotnie. Mimo pilnie skierowanej uwagi żadne strzępy ani błony nie odeszły. Stan chorej ogólny prawie się nie zmieniał, zwolna tylko przychodziła do siebie. Po czterech tygodniach poczęła opuszczać łóżko. Badanie wewnętrzne wykazało macicę ułożoną w prawidłowem przodopochyleniu, dobrze ściągniętą, zbitości prawidłowej, objętości w dwójnasób większej aniżeli w stanie prawidłowym. Część pochwowa gruba nic zresztą osobliwego nie okazuje.

Dziecko żyje i prócz trzechdniowej żółtaczki w pierwszych dniach po porodzie ma się dobrze i na ciele przybiera; mamkę ssie chciwie.

Przypadek opowiedziany przedstawia, jak sądzę, niektóre ciekawe okoliczności i tak:

1) w przypadku tym rozpoznanie było możebnem przed porodem, podczas gdy wielu autorów a między nimi n. p. Veit temu przeczą, twierdząc, że rozpoznanie możebne tylko po odejściu jaja płodowego. W przypadku naszym rozpoznaliśmy na podstawie mikroskopowego badania ciała, które odeszło podczas ciąży; naturalnie był to bardzo korzystny przypadek, że odszedł strzęp większy, który zwrócił na siebie uwagę; bywały jednak drobne strzępki, które w wielu podobnych przypadkach pojawiać się muszą a które należałoby przeto poddawać mikroskopowemu badaniu, coby rozpoznanie ułatwiło;

2) że łożysko odeszło bez błon, które i później nie odeszły jako takie;

3) warto zanotować, że płód urodzony tak nędzny żyje i dobrze się rozwija, co rzadko tylko się przydarza;

4) również zaznaczyć można, że połóg przebiegał tak pomyślnie, podczas gdy zdaniem autorów przypadki takie bardzo często kończą się niepomyślnie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Ogromne postępy lat ostatnich w zakresie techniki badań mikroskopowych wzbogaciły histologię patologiczną wieloma nowemi szczegółami morfologicznemi. Z jednej strony udoskonalenie systemów mikroskopowych, z drugiej ulepszenie metod utrwalania tkanek, możność otrzymywania z nich skrawków idealnie cienkich (do $^1/_{500}$ milimetra grubości), wreszcie odpowiednie sposoby barwienia ich uprzystępniły oku badacza najdrobniejsze szczegóły budowy części składowych komórki. Z postępów tych skorzystała patologia, aby wyzyskać je dla rozjaśnienia najciemniejszego ze swych zagadnień — kwestyi etyologii nowotworów.

Sprawa ta, odkąd patologia, już jako samoistna gałąź nauk biologicznych, stanęła na pewniejszych podstawach nauki o komórce, nie schodziła z porządku dziennego, zajmując najwybitniejsze umysły badaczów na tem polu. Co jest przyczyną istotną powstania nowotworu, czy istnieje związek przyczynowy pomiędzy bujaniem pewnych elementów tkankowych a wpływem bodźców zewnętrznych lub warunków wewnętrznych ustroju, jaką jest właściwa histogeneza tych tworów patologicznych? — oto pytania, około których obracał się rdzeń badań a których rozstrzygnięcie do dziś dnia nie wyszło jeszcze po za sferę przypuszczeń. To też na hipotezach oparła się nasza wiedza w tym względzie, niekiedy wprawdzie świetnych i wyjaśniających w wielu razach okoliczności, sprzyjające powstawaniu nowotworów, lecz nie dających nam właściwej przyczyny, owego *primum movens* samej sprawy patologicznej.

W pracy swej „*o przyczynach nowotworzenia się tkanek patologicznych*“ w księdze jubileuszowej Virchowa streszcza Ziegler [1]) w krótkich słowach warunki powstawania nowotworów. Etyologia nowotworów, według słów jego, jeszcze jest nam nieznana; przeto i geneza ich nie jest łatwą do pojęcia. Część ich powstaje z zawiązków tkanki wrodzonych i rozwija się dalej wskutek przyczyn, leżących w samej organizacyi tkanek; inne zaś stanowią twory nabyte, przyczyn więc ich rozwoju szukać należy w tych zmianach, jakie z biegiem lat powstają w tkankach ustroju. Pomiędzy temi przyczynami, jak wskazują spostrzeżenia, ważne znaczenie ma miejscowe zmniejszenie się wzajemnego ucisku tkankowego, utrzymującego pewną równowagę we wzroście części składowych tkanki; wskutek osłabienia lub zaniku pewnej grupy pierwocin tkanki, sąsiednie, pozbawione tej naturalnej z ich strony zapory, zaczynają bujać i tym sposobem powstaje nowotwór. Pogląd ten można zastosować do niektórych rodzajów raków, objaśniając w sposób zupełnie wystarczający ich powstawanie; powstaje jednakże cały szereg przypadków, których hipoteza ta objaśnić nie może. To też tam słuszniej będzie przypuścić wzmożenie się sił rozrodczych, prowadzące do nadmiernego bujania pewnej grupy komórek, niż nienormalną podatność otaczającej tkanki. Obecnie jednak nie mamy jeszcze danych, któreby wyjaśniły nam przyczynę tego wzmożenia się rozrostu komórek.

Nie będziemy wchodzili w bliższe szczegóły obydwóch tych najwybitniejszych hipotez, przytoczonych przez Zieglera Zarówno pierwsza z nich, t e o r y a z a r o d k o w a Cohnheima jak i druga, t e o r y a z m n i e j s z e n i a s i ę u c i s k u tkankowego Thierscha nie mogą się stósować do wszystkich przypadków rozwoju nowotworu rakowego. Sam Thiersch starał się uzupełnić swoją teoryę, przyjmując obok zmniejszenia się ucisku wskutek zaniku tkanki łącznej, stanowiącego tylko chwilę usposabiającą do rozwoju raka, jako warunek konieczny istnienie jakiegoś bodźca, któryby nadał komórkom nabłonkowym tę energię rozrodczą, jaka właściwa jest komórkom rakowym. To dało początek t e o r y i o p o c h o d z e n i u r a k a z p o d r a ż n i e n i a, mającej niewątpliwie podstawę w licznych przypadkach, lecz nie dającej się uogólnić ani też stwierdzić doświadczalnie (Hanau).

Dla wytłómaczenia, skąd bierze się ta zdolność szybkiego mnożenia się i bujania w komórkach raka, stworzył Klebs fantastyczną t e o r y ę z a p ł a d n i a n i a k o m ó r e k nabłonkowych przez wnikające w nie leukocyty. Jądra tych ostatnich zlewają się z chromatyną jąder nabłonka, które natychmiast potem ulegają podziałowi. W ten sposob objaśniał Klebs nie tylko tę olbrzymią energię rozrostu komórek, lecz i niezwykłą rozmaitość i bogactwo figur karyomitotycznych w rakach. Podobne spostrzeżenia zrobili niezależnie od Klebsa Karg [2]) i Schleich [3]). Pierwszy z nich nie uważa jednak sprawy wnikania leukocytów wewnątrz komórek rakowych za coś swoistego dla raka a tem mniej za najistotniejszą okoliczność w rozwoju, wyjaśniającą wiele w etyologii tej sprawy nowotworowej. Wnikanie ciałek białych i komórek tkanki łącznej w komórki nabłonkowe stanowi zjawisko fizyologiczne, będące w związku z odżywianiem nabłonka, które spostrzegać można w rozmaitych sprawach nowotworzenia się tkanek, jak naprzykład w tworzeniu ziarniny podczas gojenia się ran w przyrastaniu przeszczepionych kawałków skóry a nawet w nabłonku zupełnie prawidłowym. Jako więc takie, zjawisko to ma niewątpliwą doniosłość dla rozwoju raka, nie w tem jednak znaczeniu, jakie chce mu nadać Klebs.

---

[1]) Ueber die Ursachen pathologischer Gewebsneubildungen (Internat. Beiträge zur wissensch. Medicin, Festschrift R. Virchow gewidmet Bd. II.).

[2]) Deutsche Zeitschr. f. Chirurg. XXV. S. 323.

[3]) Deutsche medicin. Wochenschr. 1891. N. 3.

Odkrycie karyokinezy, tak doniosłe mające znaczenie w pojmowaniu spraw rozwojowych w biologii, rzuciło wiele światła na sprawy patologiczne. W tkankach o tak wybitnej dążności proliferacyjnej, jak nowotwory złośliwe, podział komórek odbywa się szybko i dla tego figury karyokinetyczne występują obficie. Sądzono więc, że tu uda się odnaleść pewną szczególną cechę, różną od normalnych, która mogłaby wyjaśnić etyologicznie te tak odrębne własności komórek rakowych.

W nowszych czasach ogłosił swe badania Hausemann [1] nad nieumiarowym podziałem jąder (*asymmetrische Kerntheilung*) polegającym na tem, iż ilość chromatyny po podziale nie jest jednakową w dwóch nowotworzonych jądrach. Zjawisko to spostrzegał on we wszystkich rakach i to tylko w nich wyłącznie, i na tej podstawie w sposób oryginalny i zręczny tłomaczy energią żywotną komórek rakowych. Te komórki, których jądra po podziale otrzymały większą część chromatyny, tej według embryologów najistotniejszej treści żywotnej komórki, zyskują duży zapas siły i przewagę nad komórkami prawidłowemi, mającemi mniej chromatyny; komórki zaś o małej ilości chromatyny, powstałe po nierównym podziale, jako niezdolne do życia, giną rychło. W tym więc, według Hausemanna, tkwi źródło wielkich zdolności rozrodczych komórek rakowych, dających im możność zdobywania przewagi nad pierwocinami tkanki prawidłowemi. Twierdzenie Hausemanna sprawdzał Stroebe [2]) i wykazał obecność nieumiarowej (asymetrycznej) karyomitozy nie tylko w rakach, lecz zarówno w nowotworach niezłośliwych, w odrastaniu tkanki prawidłowej, w gruczołach limfatycznych i t. d., lecz w mniejszej, niż w rakach ilości. W obec tego teorya ta traci znaczenie wyłączności dla raka, większą zaś liczbę nieumiarowych figur jądrowych objaśniać należy obfitszemi wogóle zjawiskami podziału komórek w tych nowotworach.

Wszystkie przytoczone dotychczas poglądy i teorye przyczyniły się niewątpliwie do wyjaśnienia wielu stron ciemnych patogenezy raków, lecz żaden z nich nie poruszył rdzenia sprawy nowotworowej, nie dotarł do tege etyologicznego *x*, któreby było w stanie we wszystkich przypadkach wyjaśnić powstanie i rozwój raka.

Niezadowolone temi wynikami umysły badaczów zwróciły się w inną stronę. Szybkie zdobycze na polu bakteryologii, przekonywająca jasność teoryi pasorzytniczej chorób zakaźnych naturalnym rzeczy porządkiem wywarły wpływ przyciągający na badania nad etyologią raka. Analogia niewątpliwa pomiędzy przebiegiem niektórych chorób infekcyjnych a rakiem, którą zauważano i podnoszono już dawniejszemi czasy, nasunęła nowszym badaczom myśl o podobieństwie tych spraw patologicznych i pod względem etyologii, skąd wyłoniła się h i p o t e z a o p a s o r z y t n i c z e m p o c h o d z e n i u r a k ó w. W samej rzeczy, zestawiając stopniowe okresy rozwoju raka naprzykład z tworzeniem się gruzełka, spostrzedz można podobieństwo wielkie: w miejscu pierwotnego siedliska domniemanego pasorzyta zaczyna się tworzyć guz z dążeniem do szybkiego wzrostu; po jakimś czasie powierzchnia ulega owrzodzeniu, gdy części obwodowe drążą nadal w tkankę sąsiednią.

Ta wybitna zdolność rozrodcza komórek obok jednoczesnej ich skłonności do rozpadu, to uparte posuwanie się wgłąb otaczających tkanek, to przerzucanie się drogą naczyń krwionośnych czy limfatycznych na dalekie przestrzenie w ustroju, dalej możność uogólnienia (*generalisatio*), wreszcie to charłactwo, występujące w późniejszych okresach choroby, wszystko to są objawy wspólne zarówno gruźlicy, jak i rakowi, przemawiające za zakaźną naturą cierpienia. Jaki jest mianowicie ten bodziec zakaźny raka — na to odpowiedź dość długo dała czekać na siebie.

W początkach dziewiątego dziesiątka naszego wieku, w okresie gorączkowego rozwoju badań bakteryologicznych w najróżnorodniejszych kierunkach, zjawiło się kilka wskazówek w tej kwestyi (Verneuil [1]), Nedopil [2])), które jednak przeszły bez wrażenia. Dopiero w roku 1887 stała się głośną odrazu praca Scheuerlena [3]), który ogłosił, iż wykrył lasecznik swoisty raka, otrzymał czyste jego hodowle a nawet, że udało mu się wykonać z dodatnim wynikiem szczepienie zwierzętom. Naturalnie. jak to bywa najczęściej z odkryciami naukowemi, nawet najbłędniejszemi, zaraz potem zjawiły się protesty ze strony innych badaczów, występujących w obronie praw swoich do pierwszeństwa. Na szczęście cała ta kwestya pierwszeństwa, *Prioritätsfrage*, zakończyła się bardzo prędko, gdyż w ciągu niespełna roku udowodniono, że ów *bacillus carcinomatis* jest to tylko nieszkodliwy saprofit, rosnący na gnijących substancyach lub wodzie (*Kartoffelbacillus*), który często zanieczyszcza hodowle na niedość starannie wyjałowionych podłożach. Późniejsze nieco opisy bakteryj w tkankach rakowych przez Domingo Treize [4]) i Kubasowa [5]) już nie wzbudziły zainteresowania pomiędzy badaczami i dziś kwestya istnienia pasorzyta raka, w postaci któregoś ze schizomycetów, jest już złożona *ad acta* w zupełności.

Rzeczywiście już z punktu widzenia teoretycznego nie zdaje się możebnem, aby pasorzytem tym była jaka postać z gromady grzybków rozszczepnych. Jak to stwierdza doświadczenie codzienne z badanych tkanek w chorobach zakaźnych, zawsze sprawa patologiczna rozgrywa się w pośród pierwocin (elementów) tkanki łącznej, stanowiącej jakby stałe podłoże dla rozmnażania się bakteryj. Poczynając od pierwotnego odczynu w miejscu wniknięcia grzybka w tkankę aż do *maximum* rozwoju sprawy chorobowej, zawsze jego wytwory, jak tkanka ziarninowa, gruzełki, ropnie — są pochodzenia łączno-tkankowego, tkanka zaś nabłonkowa, jeżeli przyjmuje udział, to tylko wciągnięta następowo w sprawę. Inaczej zupełnie z nowotworzeniem się raka, gdzie zarówno w miejscu pierwotnem, jak i w późniejszych przerzutach zawsze występują odrazu grupy elementów nabłonkowych nowotworu tego samego typu. Musiałby więc taki pasorzyt, twierdzi Karg [6]), mieć własność oddziaływania heteroplastycznego na tkankę, do której przeniknął, co przeczyłoby faktom z embryologii. (C. d. n.)

[1]) Virchow's Archiv T. 119 i 123.

[2]) Zieglers Beiträge zur patholog. Anatom. Bd. XI. 1891.

[1]) Proprietés pathogènes des microbes renfermés dans les tumeurs malignes (Revue de Chir. IX.).

[2]) Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

[3]) Die Aethiologie des Carcinoms. (Deutsch. med. Woch. 1887. 48).

[4]) Premières études experimentales sur la nature du cancer. Paris 1887.

[5]) Drobnoustroje nowotworów rakowych. Wiestnik higieny 1889 (po rosyjsku).

[6]) Ueber das Carcinom (Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie XXXIV).

Choroby dzieci.

N i l F i l a t o w (Moskwa): **Klinische Vorlesungen über Diagnostik u. Therapie der Darmkatarrhe der Kinder**, z rosyjsk. tłómaczył Polonsky (z Żytomierza) (8-vo, str. 82).

Własne doświadczenie autora uwzględniającego zdania innych, sposób przedstawienia rzeczy naukowy i z postępem nauki zgodny a bardzo przystępny składają się na całość wielce przydatną, szczególnie dla lekarzy praktycznych, dla których dziełko niniejsze jest przeznaczone.

Choroby przewodu pokarmowego rozpoczyna F. skreśleniem obrazu chorobowego niestrawności (dyspepsya). — Biegunki tłuszczowej (*Fettdiarrhoee*) nie uważa za odrębną postać chorobową, gdyż w stolcu każdego dziecka chorego na dyspepsyą zawsze znajdziemy mniej lub więcej zwiększoną ilość tłuszczu. Cholerę dzieci zaliczyć należy do chorób zakaźnych a uprawnia nas do tego szybkie, nagłe powstanie choroby, stan gorączkowy, białkomocz a w niektórych przypadkach obrzęk śledziony. Prątka swoistego wywołującego cholerę dzieci do dziś nie znamy, bo chociaż Lesagemu udało się wyhodować prątek, który przeszczepiony na zwierzęta sprowadzał objawy tej choroby, nie znalazł go jednak we wszystkich przypadkach. Baginsky wydzielił ze stolców

dzieci chorych na cholerę około 20 rodzajów bakteryj (saprofitów) i twierdzi, że one rozwijając się w przewodzie pokarmowym rozkładają istoty białkowate mleka i wytwarzają w ten sposób ptomainy, których wessanie wywołuje objawy tej choroby. Pięknie kreślone są obrazy chorobowe zapalenia ostrego mieszkowego (*enteritis follicularis*) i powikłań tego cierpienia. Z chrób przewlekłych przewodu pokarmowego dłużej zatrzymuje się autor nad biegunką bagienną (*Sumpfdiarhoee*) i przerywaną (*intermittirender Durchfall*), na które mało dotąd zwracano uwagi. Choroby te polegające na zakażeniu zimniczem cechują się biegunkami występującemi napadowo i podniesieniem ciepłoty; ustępują tylko za użyciem chininy.

W drugiej części dziełka przeznaczonej na omówienie leczenia chorób przewodu pokarmowego, znachodzimy szczegółowe wskazówki dyetetyczne, tyczące się tak karmienia piersią matki jak i, co ważniejsza, żywienia sztucznego. W tym względzie ostatnimi czasy postąpiliśmy znacznie; mamy wiele przetworów do sztucznego żywienia dzieci służyć mających, jednak nie znamy jeszcze surogatu na pewne i zawsze mleko niewieście zastąpić mogącego. Dlatego przesadzonem wydaje się zdanie Biederta, że dziecko umierające z biegunki ginie albo z winy lekarza, który nie umiał znaleść odpowiedniego pożywienia, albo z winy opiekujących się nim, którzy nie spełniają dobrze poleceń lekarza. Najodpowiedniejszym surogatem mleka niewieściego jest mleko krowie, ma ono jednak te braki, że się psuje łatwo, że ma inny skład chemiczny, wreszcie że pod wpływem soku żołądkowego wypada sernik (*caseinum*) tego mleka nie w drobnych strzępkach jak w mleku niewieściem, lecz w grudkach. Psuciu się mleka staramy się zapobiedz przez odpowiednie wyjaławianie (Soltmann, Soxlet i inni), innym brakom przez roztworzenie, względnie przez pewne dodatki. F. zaleca dodawanie łyżki 2% roztworu dwuwęglanu sodowego na 10 łyżek mleka czystego lub już roztworzonego. Fabrycznie przyrządzają takie mieszaniny i pod nazwiskami wynalazców wprowadzają w handel. Gdy dziecko mleka nie znosi, przechodzimy do mięszaniny śmietankowej Biederta, która działa nieraz błogo. Aby uniknąć trudności, z jakiemi łączy się przyrządzanie tej mieszaniny, wprowadzono sztuczną mieszaninę (*künstliches Rahmgemenge*) otrzymaną drogą chemiczną z białka kurzego, masła, cukru i wody. Jest to przetwór tani a dobry. Możnaby też użyć do karmienia dzieci mleka klaczy, które swym składem chemicznym zbliża się do mleka niewiasty. Kumys ma być wybornym środkiem odżywczym, zwłaszcza z przyczyny, że zawiera alkohol, w nieżytach kiszek, gdy wskazane są środki podniecające. Kefir wnosząc z działania u starszych powinien być przetworem stósownym; brak nam wszakże jeszcze w tej mierze doświadczenia. Złym przetworem jest zgęszczone mleko szwajcarskie: jeżeli znacznie roztworzone, mało pożywne, jeżeli mało roztworzone, niestrawne. Mączki nie należy polecać przed ukończeniem 3 miesięcy życia.

Przechodząc wreszcie do leczenia poleca F. w dyspepsyi przeciw wymiotom, gdy oddziaływanie ich jest kwaśne, alkalia n. p. Rp. *Magnesie carb. 0·30*
Aquae calcis
„ *destill. āā 30·00*
S. Co dwie godziny po łyżeczce —

gdy alkaliczne, kw. solny n. p.
Rp. *Acid. muriat. dilt. gutt. X*
Decoct. Salep. 60·00
Syrupi 10·00
Co dwie godziny po łyżeczce.

Polecenia godne, jakkolwiek wiele zachodu potrzebujące, są przepłukiwania żołądka według Epsteina. F. sprzeciwia się podawaniu oseskom kalomelu a to dlatego, ponieważ nie uważa go za lek obojętny dla ustroju dziecka. W leczeniu nieżytu ostrego kiszek obok dyety odpowiedniej poleca przetwory taniny w płynie lub w proszkach n. p.

Rp. *Tannini 0·12*
Aquae 60·00
Trae laud. simpl. gutt. II
Syrupi simpl. 10·00
S. Co 1—2 godzin po łyżeczce.

W ostrem zapaleniu jelit mieszkowem (*enteritis follicul. acuta*) rozpocząć od dawki oleju rącznikowego, później wewnętrznie lub w czopkach i lewatywach makowiec — lewatywy z środkami przeciwgnilnemi drażnią, w razie wielkiego parcia wprowadzanie do odbytnicy kawałka lodu (Demme). W cholerze dzieci kreosot n. p.
Rp. *Kreosoti gut. I—II*
Aquae cinnamomi 90·00
Syr. simpl. 10·00
Co 3 godziny po łyżeczce.

albo będźwinian magnowy (*magnesia benzoica*), azotan srebrowy (*argent. nitric.*) (0·01—0·03 : 60·0) w razie zapadu koniak, kamfora. W przewlekłych nieżytach główny nacisk położyć należy na dyetę odpowiednią; z leków poleca salol i naftalinę n. p. Rp. *Naphthalini puriss. 0·3—1·00*
Mucil. gummi arab.
Aquae chammomillae āā 40·00
Ol. menthae pip. gutt. 1.
Co dwie godziny po łyżeczce.

Wreszcie w przewlekłych przypadkach poleca przepłukiwania jelit czyli wlewania znacznej (300—500 gr. i więcej) ilości płynu zapomocą odpowiedniego przyrządu, mające na celu przemycie i zdezinfekcyonowanie przewodu pokarmowego i zastósowanie środka leczniczego wprost na miejsce schorzałe.

(Doświadczenia poczynione w tej mierze w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie wykazały, że nie tylko dzieci znoszą bardzo dobrze te przepłukiwania, ale że tym sposobem uzyskać można znakomite rezultaty lecznicze nawet w przypadkach rozpaczliwych, opierających się wszelkiemu innemu leczeniu. Do przepłukiwań używano roztworu 1‰ taniny lub 1‰ tymolu. *Przyp. ref.*).

Dr. Raczyński.

Guttmann: **Wdmuchiwania sozojodolanu sodowego do nosa w krztuścu.**

Leczenie krztuśca wdmuchiwaniem do nosa nie jest nowe a polecali je już Monti, Finkler i Michael. Schwarz w Konstantynopolu pierwszy polecił wdmuchiwania sozojodolanu sodowego (*natrum sozojodolicum*) w stósunku 5 cz. owoców mirobolanu i 95 środka przerzeczonego. Guttmann zachęcony bardzo korzystnemi skutkami leczenia tym sposobem, używał leku tego w postaci wdmuchiwań nieco w innej formie, jako czystego sozojodolanu sodowego bez owoców mirobolanu, bo ta domieszka i tak w bardzo małej ilości zawierająca w sobie tylko dużo kwasu garbnikowego i dębiankowego, osobnego działania leczniczego mieć nie może. Do wdmuchiwań używał nieco zmienionego rozpylacza, gdyż zamiast balonu drenu gumowego na 20 ctm. długiego, którego jeden koniec przytwierdzał do nasady rozpylacza, drugi brał do ust, którémi wdmuchiwał. Wolny koniec rozpylacza wprowadzał do otworu nosowego, o ile można jak najwyżej, i wdmuchiwał po nasypaniu 0·25 sozojodolanu sodowego tak, iż w drugim otworze nosowym pokazał się proszek. Robił to w obu otworach nosowych raz na dzień. Jeżeli skutkiem tego wystąpił napad krztuśca i część proszku została wyrzucona, powtarza się to postępowanie. Autor stósował tę metodę u 30 dzieci, z których 6 leczono stale w szpitalu, i przekonał się, że ilość napadów i ich natężenie zmniejszały się tak, że średnio napady ustąpiły zupełnie po 6—8 dniach. Korzystnego działania na chorobę przez wdmuchiwanie środka tego do nosa nie umie sobie autor wytłómaczyć, lecz jak w warunkach fizyologicznych drażnienie jamy nosowej wywołuje odruchowo wpływ na oddech a w warunkach patologicznych dychawica (astma) bywa z przyczyny chorób nosa, tak też wdmuchiwania sozojodolanu sodowego do nosa wpływają korzystnie na napady krztuśca. (*Therap. Monatshefte, t. IX, 1893*). *Dr. Komorowski.*

Choroby uszne.

Szenes (z Budapesztu). **O zapaleniu ostrem ucha środkowego wędrującem** (*Otitis media acuta migrans*).

Autor opisuje 3 przypadki ostrego zapalenia ucha środ. z niezwykłym przebiegiem, którego nie można umieścić ściśle w żadnym dziale teraźniejszej klasyfikacyi chorób usznych, z powodu czego nadał im osobne miano: zapalenie ucha środ. ostre wędrujące, *Otitis media acuta migrans*. W pierwszym przypadku wystąpiło w 3 dni po zupełnem wyleczeniu ostrego zapalenia ropnego ucha środk. lewego zapalenie jamy bęb. z prawej strony, w którem jednak z przyczyny energicznego leczenia nie przyszło do ropienia. W drugim przypadku pierwotne zapalenie jamy bęb., które nie doszło do ropienia, pojawiło się po stronie prawej a w 3 dni po zupełnem jego ustąpieniu pojawiła się ta sama sprawa w lewem uchu przebiegając również bez ropienia. W trzecim przypadku ropne zapalenie ucha środk. rozwinęło się po lewej stronie w 3 dni po zupełnem wygojeniu się tego samego cierpienia w prawem uchu. We wszystkich więc przypadkach zapalenie jamy bęb. zajęło pierwotnie jedno ucho, skończyło się pomyślnie a w kilka dni później, które S. uważa za okres zwiastunowy, wywiązała się ta sama sprawa w drugiem uchu. Badania anatomo-patologiczne jakoteż bakteryologiczne nie wyjaśniają okoliczności statystycznie wykazanej, dla czego tak ostre jak również przewlekłe zapalenia jamy bęb. występują przeważnie jednostronnie, jakkolwiek oba uszy często na jeden i ten sam wpływ szkodliwy są narażone. Tyle jednak uczy doświadczenie, że sprawy obustronne po większej części pojawiają się albo równocześnie albo w bardzo krótkim odstępie czasu po sobie.

Dla czego w podanych przypadkach choroba wystąpiła po jednej stronie, autor wytłomaczyć nie może. Uważa on jednak ten przebieg jako analogię do t. zw. „zapaleń wędrujących płuc", w których sprawa zapalna zajmuje najpierw jeden obszar płuca a dopiero po krótszem lub dłuższem trwaniu lub zupełnem wyleczeniu występuje w innem, niekiedy dość odległem miejscu tego samego narządu. (*Int. klin. Rundsch. 1892. Nr. 26.*

Prof. Urbantschitsch (z Wiednia). **O prześwieceniu wyrostka sutkowego.**

Wyrostek sutkowy prześwieca się w ten sposób, że przybliża się światło żarowe (*Glühlicht*) do nasady małżowiny. Używając dużego lejka usznego można się przekonać, że wyrostek przepuszcza światło aż do przewodu usznego zewn. W zapaleniach ropnych jamy bęben. połączonych z bolesnością nie można było przeświecać wyrostka. W jednym przypadku, w którym podczas zapalenia jamy bęb. z przedziurawieniem błony bęb. wyrostek światła nie przepuścił, po kilku tygodniach, w których stan się polepszył i ropienie ustąpiło, znowu przebijało światło. Pewnego dnia wyrostek znowu mniej światła przepuszczał a na drugi dzień zaczerwieniła się błona bęb, później przyszło do wypociny i do przecięcia błony bęb. W 10 dni później wyrostek był znowu przejrzysty. Również wyrostek sutk. był mniej przejrzysty w wielu przypadkach ropnego zapalenia jamy bębenkowej po stronie odpowiedniej i rozjaśniał się później coraz więcej w miarę polepszania się choroby. Aby jednak uniknąć pomyłek, powinno się zawsze o tem pamiętać, że przeświecenie wyrostka może być gorszem także przez obrzmienie skóry nad nim, którą też zbadać należy ściśle za każdym razem. Prócz tego przepuszczane to światło zależy także od zbitości tkanki kostnej.

Ważność rozpoznawczą ma szczególnie różnica przejrzystości na obydwóch stronach tak, że z znacznie mniejszego przeświecenia jednego wyrostka w porównaniu do drugiego można sądzić, że odpowiednia strona jest chorobowo zmieniona. U dzieci wyrostek jest o wiele przejrzystszy, niż u dorosłych. W połączeniu z innymi sposobami metoda ta stanowi cenny środek rozpoznawczy. (*Intern. klin. Rundsch. 1892. Nr. 22.*).

Prof Jul. Bäke: **O badaniu bystrości słuchu u symulantów i o zużytkowaniu jego do rozpoznania i rokowania.**

W przypadkach braku zmian chorobowych wystarczających do tłómaczenia mniemanego niedosłyszenia, poleca B. w celu zdemaskowania udającego sposób następujący: W udawanej tępocie słuchu jednostronej zatyka się zdrowe ucho watą lub palcem. Jeżeli badany podaje teraz, że nie słyszy głośnej lub średnio głośnej mowy, wtedy podejrzenie o udawanie jest usprawiedliwione, albowiem dobrem uchem powinno się słyszeć głośne przemówienie nawet, gdy jest zatkane. To samo można powiedzieć, gdy badany nie słyszy kamertonu na zdrowem, zatkanem uchu w próbie Webera.

Następująca próba potwierdzi udawanie przez uznanie samego symulanta. Badający stoi za plecami badanego i wprowadza 2 końce trzechramiennej rurki gumowej szczelnie do jego uszu. Trzecie ramie rurki połączone jest z lejkowatą tubą akustyczną, w którą badający ciągle mówi słowa, które badany ma powtórzyć. Po upływie dłuższego czasu (15 minut) zatyka się rurkę do zdrowego ucha prowadzącą a udający nie wiedząc o tem i nadto wyczerpawszy już swą uwagę powtórzy dalej słowa słyszane wrzekomo chorem uchem. Podobną jest do tego następująca próba: Przykłada się badanemu 2 słuchawki do obu uszu i jeden badający mówi do rurki z zdrowem uchem połączonej cicho, przyczem badany ma powtarzać, co słyszy. Po upływie 15 minut drugi badający zaczyna mówić po cichu i równocześnie z pierwszym do drugiej słuchawki. Jeżeli badany jest rzeczywiście po jednej stronie głuchy, to usłyszy teraz tylko słowa po stronie zdrowej mówione; w przeciwnym razie zmiesza się i powtórzy także słowa wyrzeczone do ucha wrzekomo chorego.

W przypadkach podania głuchoty obustronnej trzeba sądzić po wyrazie twarzy u zupełnie głuchych tak cechującym się albo po artykulacyi mowy i powinno się używać przebiegłych forteli i sztuczek, przemawiać do badanego wzbudzonego ze snu, usypianego (narkotyzowanego) lub pijanego i obserwować go przez dłuższy czas. Prawdziwy głuchoniemy umiejący pisać, pisze ortograficznie poprawnie, błądzi jednak w tworzeniu słów; symulant zaś tak pisze, jak dobrze słyszący mówią, z błędami jednak ortograficznemi.

Podejrzany o głuchoniemotę a nie umiejący pisać, jeżeli choroba jest prawdziwą, wrodzoną lub w młodym wieku nabytą, może się za pomocą znaków porozumieć z innym głuchoniemym; udający zaś głuchoniemotę tego nie potrafi. *Internat. Klin. Rundsch. Nr. 37. 1892.* *Dr. Spira.*

Ginekologia.

Prof. Körber: **Smierć noworodka po wahaniach Schultzego.**

Autor opisuje następujące zmiany znalezione podczas sekcyi noworodka: W jamie brzusznej krew częściowo skrzepła w dość znacznej ilości, pęknięcie wątroby i torebki, jakoteż kilka podbiegnięć krwawych niżej na niej a w górnej części nerki prawej wylanie się krwi pod torebką. Płód donoszony, dobrze rozwinięty, urodzony siłami przyrody, bardzo omdlały cucono przez 10 minut wykonywając wahania *lege artis* Schultzego i do nich jedynie odnieść należy znalezione zmiany podczas sekcyi, gdyż żadnych innych rękoczynów ani podczas porodu ani też później nie przedsiębrano.

W obec tego zapytuje się autor, czy wahania Schultzego są tak niewinnym zabiegiem, jak ogólnie autorowie twierdzą i czy użycia ich nie należy przecież ograniczyć. Przypominając, że już Leopold i Meyer wymieniają jako przeciwskazanie do wahań Schultzego złamania barku lub obojczyka, przedstawia autor jako drugie przeciwskazanie znaczny ciężar płodu, gdyż im większy ciężar, z tem większą siłą ugniatają ciężkie kończyny dolne wraz z miednicą jamę brzuszną, tem samem powiększa się bardzo znacznie ciśnienie na trzewa brzuszne a przedewszystkiem na wątrobę i nerki, które skutkiem tego łatwo można uszkodzić. *Med. Chirurgisches Centralblatt Nr. 6. 1893.*

Lehmann: **Przypadek gruźlicy łożyska.**

Autor opisuje przypadek gruźlicy łożyska u kobiety zmarłej na gruźlicę prosówkową. Sekcya nie wykazała w jelitach i w otrzewnej żadnych ognisk gruźliczych. Natomiast znaleziono kilka drobnych ognisk w łożysku od strony macicy a badanie ich drobnowidowe wykazało typowe gruzełki i w nich mnóstwo prątków gruźliczych. Dokładne badania wykryły, że te ogniska gruźlicze sięgały w głąb łożyska i przechodziły aż na jego część płodową t. j. na kosmki. W organach wewnętrznych płodu nieżywo urodzonego nic nie znaleziono. *Deutsche Medicinische Wochenschrift. Nr 9. 1893.* *Dr. Kośmiński.*

Notatki terapeutyczne.

W celu uśmierzenia boleści z użycia sublimatu w wiewiórze (tryprze) zapisuje M. Watier środek przerzeczony wraz z antypiryną według formuły:

40) *Mercurii sublimati* 0·02
Antipyrini 2·00
Aquae destill. 200·00

Płyn ten należy wstrzykiwać do cewki moczowej po 4 razy dziennie i zatrzymywać go w niej jak najdłużej. (*The medical Bulletin. Luty 1893*).

W sapce czyli ostrym nieżycie nosa zaleca się zażywanie co godzina na wzór tabaki następującego proszku:

41) Rp. *Saloli* 10·00
Acidi salicylici 2·00
Tannini puri 1·00
Acidi borici 40·00

(*The medical Bulletin. Luty 1893*).

Przeciwko róży używa Cavazzani z bardzo pomyślnym skutkiem pomazywania skóry zapalonej co 3 lub 4 godziny płynem:

42) Rp. *Tannini*
Camphorae *āā* 2·00
Aetheris sulfurici 15·00
MDS. Zewnętrznie.
Zdala od płomienia!

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 8. marca 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków obecnych 52.

I) Kol. Browicz odczytuje sprawozdanie Komisyi wodociągowej Towarzystwa lek. krak., poczem w dłuższem przemówieniu objaśnia niektóre jego ustępy.

II) W żywej dyskusyi zabierali głos koledzy: Domański, Kohn, Pieniążek, Gluziński, Ponikło i referent, poczem uchwalono jednomyślnie odłożyć dyskusyę do następnego nadzwyczajnego posiedzenia i wysłuchać sprawozdania kol. Domańskiego jako referenta mniejszości tejże Komisyi wodociągowej Tow. lek. krak. Sekretarz *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie z dnia 12. marca 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków obecnych 36.

I) Kol. Domański odczytuje swoje sprawozdanie i zapatrywania się na kwestyę wodociągów krakowskich ze strony mniejszości Komisyi wodociągowej Towarzystwa lek. krak. Poczem w dłuższem przemówieniu objaśnia niektóre ustępy licznymi przykładami oraz polemizuje z wywodami poprzedniego kol. referenta.

II) W nader ożywionej dyskusyi nad sprawą wodociągową zabierali głos koledzy: Kohn, Browicz, Zarewicz, Jordan i Domański.

III) W końcu przyjęto większością następujący wniosek Komisyi wodociągowej Towarzystwa lek. krak.: „Wobec trudności, na jakie wprowadzenie wodociągu regulickiego napotyka, Towarzystwo lek. krak. uznając naglącą potrzebę doprowadzenia do miasta Krakowa wody dobrej a taniej w dostatecznej ilości, wyraża przekonanie, iż dalsze a dokładne badanie wód wgłębnych w okolicy Krakowa jest konieczne“.

Sekretarz *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie z dnia 22. marca 1893 r.

Prezes kol. Łazarski — Członków obecnych 40.
Jako gość Dr. Turzański.

I) Kol. Tyszkiewicz przedstawia chorą z oddziału Prof. Pareńskiego, podejrzaną o chorobę Adisona; kol. Zarewicz widzi podobieństwo powyższego przypadku do przypadków Politzera i Jaworskiego; zaznacza jednak, że brak zmian nowotworowych na skórze i na błonach śluzowych. Powyższa choroba nosi nazwę *Acanthosis nigricans.*

W dyskusyi zabierali głos: kol. Zarewicz, Surzycki, Gluziński, Mars i prelegent.

II) Prof. Obaliński przedstawia kamienie żółciowe wydobyte podczas operacyi i opowiada o przypadku operowanym.

W dyskusyi zabierali głos kol.: Szewczyk, Kryński, Mars, Surzycki i Czapliński. Za sekretarza *Dr. J. Siedlecki.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

V. zjazd chirurgów polskich odbędzie się i tego roku, jak zwykle, w połowie lipca a mianowicie 11., 12. i 13. lipca. Przypominając Szanownym Kolegom termin już wcześnie upraszamy o jak najliczniejszy udział w pracach naszych

Prof. Rydygier.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Z rokiem 1892 Wydawnictwo dzieł lek. polskich skończyło 17. rok swego istnienia a cały szereg dzieł po największej części oryginalnych w różnych gałęziach naszej wiedzy oraz szereg Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej, stanowi dowód usilnych starań Zarządu Wydawnictwa nad wypełnieniem przyjętego na siebie zobowiązania a zarazem daje miarę wysokiej ofiarności ze strony naszych autorów, którzy nie szczędząc i czasu i trudu pracowali nad rozwojem i popieraniem naszego. dotąd jeszcze dosyć ubogiego, piśmiennictwa lekarskiego.

O ile Zarząd Wydawnictwa z powierzonego obowiązku dobrze się wywiązał a z drugiej strony autorowie odpowiedzieli swemu zadaniu, niech sami Koledzy osądzą z załączonego spisu dzieł i ze sprawozdania z ubiegłego roku. To jednak musimy otwarcie wyznać, że rezultat tych zabiegów i usiłowań, jak dotąd jest bardzo skromny i bardzo nieznaczny i tylko spory zasób dobrej woli i energii mógł zdziałać, że się nie zrażamy dotychczasową obojętnością Kolegów, lecz prowadzimy pracę w Wydawnictwie dalej w nadziei, że przecież nasze usiłowauia oraz praca autorów zrozumianą i ocenioną wreszcie zostanie przez Kolegów, od których moralnego i materyalnego poparcia najbardziej potrzebujemy.

Wszak niejednemu z Kolegów z łatwością przyjdzie złożyć wkładkę wstępną 10 zlr. i roczną 2 zlr. a prawie bez wyjątku wszyscy nie obciążą swego budżetu zasilając nasze Wydawnictwo roczną wkładką 2 zlr. jako Prenumeratorowie i nie będą nas zmuszać do licznych listów z przypomnieniem o pozostałych z lat poprzednich zaległościach.

Wszak rok rocznie wszyscy członkowie otrzymują bezpłatne premia, które nieraz ceną księgarską znacznie przewyższają wkładkę roczną; więc i z tego powodu składka roczna nie jest wcale jałmużną, ale poparciem, o jakie upraszamy wszystkich Kolegów.

W najbliższej przyszłości zamierzamy wydać:

1. Podręcznik chorób żołądka przez prof. Jaworskiego Walerego,

2. Ginekologią przez Dra Bylickiego Władysława, oraz dalszy szereg Rozpraw z medycyny praktycznej, które już w naszych kołach lekarskich zyskały sobie uznanie.

Liczymy więc, że każdy, kto pragnie, by nasze piśmiennictwo lekarskie dalej się rozwijało, by nasi autorowie mogli swojem doświadczeniem dzielić się z kolegami w swoim języku, poprze nasze Wydawnictwo i zapisze się w poczet jego Członków lub Prenumeratorów.

W imieniu Wydawnictwa dzieł lek. polskich.

Sekretarz i Administrator — Przewodniczący

Dr. Józef Surzycki. — *Prof. Dr. Edward Korczyński.*

— Za usługi oddane podczas zeszłorocznej epidemii cholery polecił N. Pan wyrazić Swe Najwyższe uznanie Drowi Henrykowi Kowalskiemu, lekarzowi pułkowemu I. klasy ze szpitalu załogowego Nr. 1 w Wiedniu.

— Dzięki hojności wiedeńskiego Towarzystwa ratunkowego, którego duszę stanowią prezes hr. Jan Wilczek (pochodzący z polskiej rodziny i sam to przyznający) i lekarz naczelny baron Dr. Mundy, otrzymuje Lwów stacyą ratunkową na wzór tej, którą z daru przerzeczonego hr. Wilczka otrzymał przed laty kilkoma Kraków i która pod energicznym i światłym sterem od samego początku prof. Dra Alfreda Obalińskiego miastu znakomite oddawała i oddaje usługi.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych (austryackie) wydało prócz do Namiestnictwa w Lincu także do rządów krajowych w Salcburgu i Lublanie rozporządzenie w sprawie utworzenia izb lekarskich w myśl ustawy z dnia 22. grudnia 1891.

— Toż Namiestnictwo zawiadamia okólnikiem z dnia 4. marca r. b. wszystkie naczelne władze polityczne krajowe, że w krajach Korony węgierskiej od 8. lutego b. r. nie zdarzył się żaden przypadek cholery a ostatni chorzy opuścili szpital barakowy w dniu 21. lutego i ze z tych przyczyn znosi się wszelkie ograniczenia ruchu handlowego z przerzeczonemi krajami.

— Z powodu, że w pewnem miejscu prokuratorya rządowa poleciła skonfiskować znaczną liczbę egzemplarzy broszury w Niemczech wydrukowanej a sławiącej wyroby jakiegoś aptekarza w Kolonii nad Renem, że broszury takie obliczone są na zamięszanie u publiczności pojęć o leczeniu chorób i działaniu lekarstw w celu wyzyskiwania jej łatwowierności przez skłanianie do kupna leków tajemnych, wyrabianych jedynie na korzyść prywatnych spekulantów, wydało ministerstwo sprawiedliwości w Wiedniu do starszych prokuratoryj okólnik polecający czuwać nad drukami zachwalającemi pewne leki a w razie potrzeby występować w drodze prawa.

— Namiestnictwo galicyjskie poleciło rozebrać chemicznie płyn do farbowania włosów sprzedawany pod nazwą Hair Lotion a wyrabiany przez Roberta i Spółkę w Paryżu (rue de la Paix 5) i w Londynie (76 New Boond Street) i przekonawszy się, iż zawiera ołów, zakazało go sprzedawać w kraju swej władzy podległym. Ministerstwo spraw wewnętrznych podaje to do wiadomości naczelnych władz politycznych w innych prowincyach monarchii i wzywa je do wydania równego zakazu.

— Znana księgarnia A. Hirschwalda w Berlinie wydała jeneralny rejestr nader dokładnie opracowany treści pierwszych 25 tomów roczników sprawozdawczych Virchowa i Hirscha z lat 1866 do 1890, niezbędny dla każdego pracownika w zakresie nauk lekarskich.

— W dniu 30. marca r. b. obchodzono uroczyście w Paryżu przybycie do olbrzymich zbiorników w Montretout pierwszych 120000 m.^{3} wody, której dostarczać będą codziennie źródła rzek Avre i Vigne, przezco ilość wody źródlanej obecnie codziennie do Paryża przybywającej powiększy się z 170000 m.^{3} prawie do 300000 m.^{3} Źródła teraz uchwycone pochodzą z departamentów Eure i Eure- et- Loir i dostają się na miejsce swego przeznaczenia wodociągiem długim na 102 kilometry, który zbudowano w ciągu dwóch lat! Zbiorniki znajdujące się w okolicy słynnego fortu Mont Valérien mogą pomieścić w sobie 300000 m.^{3} i dzielą się na trzy częśei (*compartiments*), z którym teraz ukończono budowę tylko pierwszej. Woda ze źródeł Avre jest znakomita, zawiera w sobie bardzo mało soli wapniowych i magnowych, tylko 7 miligramów w litrze ciał organicznych (w regulickiej jest ich 5 $^1/_2$ miligrama) i jest jeszcze lepsza, niż woda ze zdrojów Vanne i Dhuys mająca 20 do 23 stopni francuskich twardości. Paryżanie spodziewają się, że tym sposobem uniknie się teraz potrzeby wprowadzania do ich miasta w lecie podejrzanej zawsze wody ze Sekwany.

— De Parville zdaje sprawę ze swych doświadczeń w przedmiocie własności mléka pochłaniania zapachów i substancyj lotnych. I tak zostawiwszy przez noc w pokoju chorego miseczkę pełną mleka obok żle zatkanej flaszki z wodą smołową przekonał się, że nazajutrz mleko miała mocną woń smoły. Tożsamo stało się po postawieniu filiżanki mléka obok naczynia z olejkiem terpentynowym. Te okoliczności skłoniły do dokładnieszych doświadczeń, które robił w ten sposób, że obok dzbanów z mlekiem stawiał naczynia z substancyami mającemi woń pewną i po 8 godzinach próbował mléka. Tak przekonał się, że gaz do świecenia, cebula, dym tytuniowy, piżmo, asafetyda, ryby zepsute, kamfora i t. d. nadawały mléku smak odrębny, niekiedy bardzo mocny i że ten smak utrzymywał się przez 14 godzin w próbkach mléka. Z tego wnosi autor, że nie powinno trzymać się mléka w pokojach zajmowanych przez osoby chore a mianowicie pić mléka przechowanego w pokoju, w którym przebywa lub przebywał chory dotknięty chorobą zakaźną. Rada ta wszakże nie jest bynajmniej nowa; że mléko przechowane w miejscu, w którem znajduje się chory dotknięty chorobą zakaźną, może stać się jej nośnikiem, zdaje się, że nie ulega wątpliwości a odnoszące się do tego spostrzeżenia porobiono w bardzo wielu miejscach i u nas w Krakowie.

— **Nominacye** otrzymali: Prof. Dr. Fischer w Berlinie na członka berlińskiej akademii umiejętności, Sir John Lister w Londynie na członka zagranicznego akademii umiejętności w Paryżu, Dr. M. Macé na profesora higieny w Nancy, docent prywatny Dr. Karol Karg na profesora nadzwyczajnego chirurgii i docent prywatny Dr. Albert Doderlein na profesora nadzwyczajnego ginekologii, obydwa w uniwersytecie lipskim.

— W pierwszych trzech miesiącach roku bieżącego uzyskali w Uniwersytecie Jagiellońskim **stopień doktora wszech nauk lekarskich** w porządku chronologicznym Panowie: 1) Teodor Jaciów z Wolczuch. 2) Karol Radziński z Charzewic. 3) Józef Zakrzewski z Tarnopola. 4) Jan Gaik z Tarnowa. 5) Aleksander Jastrzębski z Czerniowiec. 6) Zygmunt Spalke ze Lwowa, 7) Izaak Goldberger z Jugowic. 8) Czesław Waligórski ze Sanoka. 9) Julian Nowak z Okocima. 10) Józef Orzechowski ze Świegocin. 11) Franciszek Ksawery Górski ze Lwowa. 12) Józef Zanietowski z Lozanny. 12) Tomasz Korolik z Husiatyna. 14) Stanisław Prebendowski ze Lwowa. 15) Wilhelm Schayer ze Zaleszczyk. 16) Zygmunt Wachtel z Krakowa. 17) Jan Nawrocki z Zadnieszówki. 18) Dr. filozofii Michał Kociuba z Wierczan. 19) Izydor Feuerstein z Warszawy. 20) Karol Brudzewski z Lednogóry. 21) Wojciech Rokossowski ze Sławic. 22) Tadeusz Gabryszewski z Krosna. 23) Leon Blumenblatt z Drohobycza. 24) Don Fragner z Krakowa. 25) Filip Müller z Chrzanowa. 26) Władysław Kotz z Podgórza. 27) Julian Woszczyński z Zawadowa. 28) Józef Sternberg z Przemyśla. 29) Antoni Sawicki z Humnisk. 30) Władysław Szymonowicz z Tarnopola. 31) Pinkus Tislowitz z Krakowa. 32) Mieczysław Biliński z Tarnopola. 33) Konstanty Węclewski z Warszawy. 34) Eugeniusz Łopaczyński z Laszkowa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 15. Kwietnia 1893. Nr. 15.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Trzy przypadki jednostronnego porażenia zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego (*Paralysis m. sphinct. pup. et m. ciliaris*).

Podał
Dr. A. Szulisławski,
okulista we Lwowie.

I. Pan R., zegarmistrz, lat 34, o dobrej i kształtnej budowie ciała, dobrze odżywiony, żadnych ważniejszych chorób nigdy nie przebywał, dziedzicznie nie obciążony, podaje, że przed dwoma tygodniami, zasiadając rano do pracy (jako zegarmistrz pracuje przeważnie okiem prawem i to za pomocą lupy) spostrzegł, że kształty przedmiotu, na który patrzy, zacierają się, stają się niewyraźnymi, zlewają ze sobą a szczegółów drobniejszych wcale rozróżnić nie może. Przytem miał uczuwać dość mocny ból głowy i obudwu oczu. Ponieważ stan ten trwał bez zmiany, co mu pracę z blizka nietylko utrudniało, lecz niemal wprost czyniło niemożebną (posługiwał się obecnie l. o. a pracując za pomocą lupy, przyzwyczaił się tylko pr. o. używać), postanowił po dwu tygodniach trwania cierpienia, zasięgnąć rady lekarskiej. Przyczyny powstawania swej choroby podać nie umie. Przy dokładniejszem wypytywaniu się przyznaje, że poprzedniego wieczora dłużej, niż zwykle przesiedział (wcale nie bezczynnie) w piwiarni; po północy podniecony i zgrzany wracał do domu, przyczem chłód dotkliwie miał uczuwać. Twierdzi stanowczo, że kiły (*lues*) nie przebywał; żadnych też śladów tej choroby wykryć nie można.

Badanie wykazuje:

Podczas spokojnego patrzenia w dal, prawa szpara powiekowa bardzo widocznie węższa od lewej tak, że górna powieka nieco więcej, niż $^1/_3$ rogówki przykrywa. Podczas jak największego rozwarcia powiek, szerokość prawej szpary powiekowej = 12 mm., gdy lewej wynosi 15 mm. Ruchomość obydwu gałek ocznych we wszystkich kierunkach prawidłowa. Widzenia podwójnego niema. — Źrenica prawa znacznie rozszerzona (średnica = 6 mm.), zupełnie nieruchoma, zarówno na światło, jak i podczas ruchów gałki wcale nie oddziaływa. Lewa źrenica bezpośrednio i współczulnie ruchoma.

W pr. o. = $^6/_6$ (szpara stenop. poziomo) bez szkieł, dokladniej za pomocą cyl. — 0·5 D 90° Sn 0·5 z + 6 D. p. pobl. (p. pr.) 17 cm.

W l. o. = $^6/_6$ szkła wypukłe pogarszają Sn 0·5 p. pobl. 18 cm.

Badanie wziernikiem ocznym nie wykazuje zarówno w środkach łamiących, jak i na dnie oka żadnych zmian. Pole widzenia badane perymetrem również prawidłowe.

Na podstawie wyników tego badania rozpoznano: Porażenie zupełne zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego (akomodacyi), jakoteż niedowład dźwigacza powieki górnej o. pr. (*Paralysis sphinct. pup. et musc. ciliaris cum paresi levatoris palp. sup. oc. d.*).

Atoli w przypadkach cierpień nerwowych w ogóle a w szczególności porażeń mięśniów ocznych, aby rozpoznanie było zupełnem, nie dość powiedzieć, które mięśnie są porażone, lecz koniecznie trzeba zadać sobie pytanie pierwsze dlaczego? — drugie gdzie?, czyli wykazać przyczynę, istotę cierpienia i jego siedlisko. W odpowiedzi na te pytania w porażeniu mięśniów ocznych podwójnie ostrożnym być należy, o ile, że one, niestety zbyt często, jedynymi bywają zwiastunami poważnych i ciężkich chorób mózgowych. Tyczy się to w szczególności porażeń mięśniów śródocznych (*Binnenmuskeln des Auges*), jeśli oddzielnie bez porażeń innych mięśniów oka występują i przedstawiają obraz chorobowy znany pod nazwą *ophthalmoplegia interna*.

Przyczyny tego szukać należy w stósunkach anatomicznych czyli umiejscowieniu jąder nerwowych w mózgu, dla tych mięśniów. Jądro nerwu okoruchowego leży, jak wiadomo, na dnie komórki trzeciej, mianowicie w najbardziej ku tyłowi wysuniętej części jej, rozciąga się pod wodocią-

giem Sylwiusza (*aquaeductus Sylvii*) i kończy pod tylną parą wzgórków czworaczych (*corp. quadrigem.*). Rozpada się ono na cały szereg jąderek, z których każde odrębny zaopatruje mięsień a które tak są ugrupowane, że dwa najbardziej ku przodowi wysunięte jąderka zawiadują ruchami źrenicy i akomodacyą. Bezpośrednio za niemi leżą jąderka dla mięśniów prostych wewnętrznych (zbieżność gałek, konwergencya). A więc jąderka dla trzech mięśniów, które zawsze równocześnie działają, leżą obok siebie. Dalej ku tyłowi znajdują się jąderka dla innych mięśniów oka, niewiadomo jednak w jakim porządku. Włókienka nerwowe, wychodzące z jąderek, biegną ku dołowi, łączą się ze sobą, aby na podstawie mózgu w jeden pień nerwowy złączone, okazać się na przednim brzegu mostu Warolowego, zkąd zdążają ku oczodołowi. Otóż w razie porażenia tylko mięśniów śródocznych, gdy inne są nienaruszone, niepodobna szukać przyczyny działającej w miejscu, gdzie osobne włókienka nerwowe w jeden pień się już złączyły a więc gdzieś na obwodzie, lecz tam, gdzie one jeszcze rozdzielnie istnieją a zatem w mózgu, w samych jąderkach. Ztąd w tych przypadkach rokowanie najczęściej wątpliwe.

Inaczej rzecz się przedstawia, gdy mięśnie do rozmaitych grup jąderkowych należące, równocześnie są porażone, jak to jest w naszym przypadku. Tu oprócz mięśniów śródocznych uległ niedowładowi także dźwigacz powieki górnej a więc mięsień, zaopatrywany wprawdzie także przez nerw okoruchowy, którego jąderko atoli w mózgu znajduje się dalej ku tyłowi, oddzielnie od jąderek wyż wspomnianych. Tu nie zdołalibyśmy sobie wytłómaczyć, dlaczego ta sama przyczyna, która zajęła jąderka najbardziej ku przodowi położone, wybrała jedno z tylnych, oszczędzając sąsiednich. Gdy nadto niepodobna było wykazać ani żadnego cierpienia nerwowego, rdzenia pacierzowego lub mózgu, ani też znaków po przebytej kile a błonica (*diphtheria*), cukrzyca, uraz, zatrucie i t. d. trzeba było wykluczyć, słowem, gdy w niczem niepodobna było wyszukać punktu oparcia dla przypuszczenia cierpienia ośrodkowego a więc jąder nerwowych, jako przyczyny w tym wypadku działającej a nadto, gdy się wzięło w rachubę ogólny stan chorego i okoliczności, które poprzedziły wystąpienie porażenia, najbardziej zbliżonem do prawdy wydało się przypuszczenie, że cierpienie należy uważać za obwodowe, gośćcowe (reumatyczne).

Opierając się na tem zapatrywaniu, przepisano następujące leczenie: *Natr. salicyl.* (3·0 na dawkę), prąd indukcyjny, słaby, mięsienie (*massage*), wkraplanie 2% roztworu pilokarpiny.

Aczkolwiek prąd stały w przypadkach podobnych lepsze od indukcyjnego ma oddawać usługi, musiałem jednak uciec się do użycia prądu indukcyjnego z przyczyny, że na razie prądem stałym nie rozporządzałem. Posiedzenie trwało 3—4 minut. Używałem prądu słabego, przyczem chory nie doznawał bólu. Elektrodę posuwałem lekko po powiece górnej a nadto od czasu do czasu wchodziłem, o ile to było możebnem, pod górny brzeg oczodołu, starając się prąd skierować w okolicę rzęskową.

Na pierwszem posiedzeniu musiałem kilkakrotnie w ciągu 20—25 minut wkroplić pilokarpinę, zanim źrenica się nieco zwęziła; dopiero po zakropleniu ezeryny otrzymałem po 5—8 minutach bardzo znaczne zwężenie źrenicy, przyczem chory czytał Sn 0·5 z łatwością (bez szkła) na 15 cm.

Wypada mi tu nadmienić, że tak w tym, jak i w innych podobnych przypadkach, które miałem sposobność obserwować, nie mogłem przekonać się o słuszności twierdzenia Wassercuga, jakoby w porażnem rozszerzeniu źrenicy, środki zwężające (ezeryna, pilokarpina) miały być bez żadnego wpływu, lub co najwięcej bardzo słabo i nieznacznie działać [1]). Przeciwnie (naturalnie nie mam na myśli rozszerzenia źrenicy, wywołanego atropiną) działają one wprawdzie nie tak rychło i energicznie, jak w oku zdrowem, lecz można kilkakrotnem ich zakropleniem wywołać nietylko zwężenie, ale nawet skurcz zdziergacza źrenicy i akomodacyi. Stósowanie więc środków ściągających źrenicę jest usprawiedliwionem a i z tego jeszcze powodu korzystnem, że przez nie wykonywamy pewien rodzaj mięsienia, skierowanego wprost na mięśnie chore.

Wspomniałem wyżej, że stósowałem w tym przypadku delikatne mięsienie oka; otóż nie mogę pominąć milczeniem spostrzeżenia, które przy tej sposobności zrobiłem a to, że działanie pilokarpiny występowało nierównie prędzej i wybitniej, skoro zaraz po wkropleniu wykonywałem mięsienie. (Nie mogę tego samego powiedzieć o działaniu prądu indukcyjnego).

Już po kilku dniach można było widzieć niewątpliwą poprawę. Szpara powiekowa powiększała się stopniowo a powieka górna stósownie do tego wyżej też mogła być dźwigniętą. — Zwężenie źrenicy wywołane działaniem pilokarpiny, które z początku, nawet po kilkakrotnem zapuszczeniu, trwało zaledwie kilka godzin, przedłużało się stopniowo tak, że później jedna kropla wystarczała do zwężenia przez 24 godziny a w końcu używanie pilokarpiny okazało się zbytecznem. W ciągu czterech tygodni leczenia wszystkie wyż wymienione przypadłości ustąpiły i dotychczas, t. j. 10 tygodni po ukończeniu leczenia nie powróciły. Okoliczność ta zdaje się również przemawiać za słusznością rozpoznania; wiadomo bowiem, że porażenia obwodowe ustępują względnie szybko i pewnie, pozwalają też dobrze rokować. (Dok. nast.)

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14.)

Sposób, jakiego używam w celu wybadania zmian w tchawicy po tracheotomii, polega na użyciu rurek prostych wązko lejkowatych, które wprowadzam przez przetokę do tchawicy. Długość rurek, stósownie do wieku chorego, wynosić może 4—5—10 ctm., szerokość odpowiada różnej wielkości kaniulom (Nr. 1 — Nr. 6), kształt przedstawia rurkę o równej szerokości albo też zwężającą się nieco ku dołowi, w każdym jednak razie lejkowato rozszerzoną w górze. Tym wziernikom dałem nazwę lejków tchawiczych (Trachealtrichter) a badaniu nazwę tracheoskopii. Najkrótszym lejkiem, jakiego używam u dzieci, jest lejek uszny; dłuższe różnego kalibru kazałem sobie porobić przez skrócenie lejków nosowych Zaufala. Dla dorosłych kazałem porobić umyślnie lejki metalowe odpowiedniej wielkości. Oprócz tych wzierników

[1]) Dr. D. Wassercug: Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego oraz wartość ich przy rozpoznawaniu siedliska i natury chorób mózgowych. Warszawa 1891, str. 161.

używam także podobnych z długiem trójkątnem wycięciem z jednej strony; te pozwalają na dokładne obejrzenie jednej ściany tchawicy i są dogodne przy operacyach w jej górnej części. Wreszcie używam także wziernika dwulistnego na wzór dwulistnego wziernika dla cewki urządzonego, tylko że listki jego krótsze a szersze są, niż w cewkowym, dają się zaś rozwierać, podobnie jak w tamtym, za pomocą śrubki. Badanie odbywa się zwykle w pozycyi chorego siedzącej, w razie potrzeby w leżącej. Chory siedzący powinien tułów dobrze naprzód nachylić, grzbiet wyprostować, głowę jak najwięcej w tył wygiąć; światło znajdować się powinno z prawej strony chorego i nieco w tyle, płomień sam na wysokości pomiędzy ramieniem a łokciem. Chory leżący winien grzbiet wyprostować, głowę poza krawędź stołu wysunąć i jak najwięcej w tył zwiesić; światło stać powinno po jego stronie lewej w okolicy łokcia lub nieco bliżej. Badający staje, gdy chory siedzi, przed nim, gdy leży, siada za nim i rzuciwszy reflektorem światło w przetokę tchawiczą wprowadza w nią lejek, wsuwa go dalej pod kontrolą wzroku w tchawicę i ustawia w jej osi. Samo wsuwanie wywołuje kaszel, który jednak często sam ustaje, gdy się wziernik wsunęło i trzyma go spokojnie; wreszcie można i wśród kaszlu dokładnie rozejrzeć się w tchawicy. U osób bardzo drażliwych albo też do operacyi w tchawicy dobrze jest ściany jej poprzednio pomazać roztworem kokainy 1 : 4 w wodzie a jeszcze lepiej w wyskoku. U małych dzieci, u których nie da się dokonać badania po dobrej woli, trzeba mieć pewnych pomocników, którzyby dziecko trzymali w stósownej pozycyi. W badaniu tem przeszkadza nieraz podbródek; trzeba go często ku tyłowi odpychać lub pomocnikowi polecić to odpychanie. Jeżeli teraz światło skierujemy reflektorem w głąb lejka a lejek ściśle przytrzymujemy w osi tchawicy, to możemy widzieć dokładnie głąb tchawicy, jej podział i początki oskrzeli. O ile potrzeba, możemy wziernik skierować więcej ku jednej lub drugiej ścianie tchawicy, ściany górnej jej części, wśród których tkwi wziernik, oglądać możemy podczas wsuwania go lub wysuwania. Chcąc zajrzeć w oskrzele prawe wyginamy tułów w pasie na lewo do osi ciała, na prawo zaś chcąc zajrzeć w oskrzele lewe. W pierwsze zwykle z łatwością zajrzeć można dość głęboko; klin podziałowy między jego dolną a średnią gałęzią nieraz już widziałem tym sposobem [1]). Tej samej metody używam w celu podjęcia rękoczynów w tchawicy pod kontrolą wzroku. Jeżeli potrzeba ich zajdzie zaraz po tracheotomii (ciała obce), albo potrzeba chloroformować chorego, to badanie i potrzebne zabiegi wykonywam na chorym leżącym, w przeciwnym razie na chorym siedzącym.

Przyjrzyjmy się obecnie różnym sprawom chorobowym, sprowadzającym zwężenia tchawicy, jak się nam u tracheotomowanych przedstawią. Zasychanie wydzieliny oskrzeli i tchawicy występuje tu o wiele łatwiej, niż u nietracheotomowanych; nie potrzeba tu ropotoku Störka, wystarczy do tego zwykły nieżyt. I nic dziwnego: parowanie bowiem daleko łatwiej przez kaniulę odbywać się musi niż drogami naturalnemi. Zasychanie wydzieliny w kaniuli jest rzeczą bardzo zwykłą i ono to dało głównie powód do używania kaniul podwójnych. Zasychanie w samej tchawicy jest już znacznie rzadsze a zwłaszcza w stopniu, w którymby mogło sprowadzić zwężenie. Zdarza się jednak nieraz, że skutkiem niego oddech doznaje utrudnienia, aż w końcu podczas kaszlu wyrzucone zostaną większe strupy zaschłej wydzieliny. Czasami, choć na szczęście bardzo rzadko, przychodzi tu do zwężenia istotnie groźnego. Badanie wziernikiem wykaże nam nagromadzenie się wydzieliny na ścianach tchawicy lub w początkach oskrzeli, tworzącej albo gruby pokład na jednej ścianie siedzący albo też oblepiającej ściany dokoła. W celu leczenia zaleca się wziewanie środków alkalicznych lub solnych powyżej wspomnianych. Natomiast nie są stósowne w tych razach wziewania środków ściągających jak tanina, ałun, cynk albo balsamicznych, jak olejek terpentynowy, jałowcowy, sosnowy itp. Wziewania w ogóle działają tu mocniej i pewniej niż u nietracheotomowanych, gdyż przez kaniulę dostanie się do tchawicy więcej rozbryzganej cieczy, która i strupy łatwiej odwilży i wywoła kaszel mocniejszy. Jeszcze łatwiej wykrztuszenie nastąpi za użyciem wziewań po wyjęciu kaniuli; gdyby wziewania jednak skutku nie miały, można przesunąć przez tchawicę kateter z obciętym końcem, którym się nietylko strupy od ściany oderwie, ale nadto zwykle część ich pod wpływem kaszlu w otwór kateteru się dostanie i z nim wyciągniętą być może. Wygodniej jednak i pewniej pod kontrolą wziernika użyć szczypczyków krtaniowych Schröttera. Szczypczyki te, odgiąwszy je tak, by przejść mogły przez wziernik, wprowadzam następnie do tchawicy lub oskrzeli i chwytam pod kontrolą wzroku zaschłą wydzielinę; w ten sposób część jej wyjmę, a resztę poruszę tak, że nieraz sam chory ją wykrztusi. W razie potrzeby można powtórzyć to samo i w końcu zupełnie oswobodzić tchawicę lub oskrzela.

W krupie zawdzięczam mechanicznym zabiegom w tchawicy wyratowanie nie jednego dziecka, które bez tego niechybnie już było stracone. Tutaj po tracheotomii, często zaraz po założeniu kaniuli, oddech jest zupełnie lekki; nierzadko jednak znajdujące się w tchawicy błony utrudniają go na razie znacznie. W takim razie muszą one być usunięte przed założeniem kaniuli. Czasem wyrzuci je dziecko samo po otwarciu tchawicy, czasem włożenie kaniuli i wyjęcie jej, gdy oddech nie jest zupełnie lekki, pobudzi dziecko do ich wykrztuszenia; gdy to nie nastąpi, możemy przesunąć przez tchawicę kateter z obciętym końcem a wreszcie możemy użyć szczypczyków Schröttera, co i bez kontroli wzroku zrobić można, jeżeli się tylko łyżeczki ich tak ustawi, aby się rozwierały ku przodowi i tyłowi a nie na boki, a w ten sposób nie mogły uchwycić za klin podziałowy tchawicy. Najczęściej potrzeba taka zachodzi, jeżeli musimy robić tracheotomię po intubacyi O'Dwyera na drugi lub trzeci dzień. Tu bowiem było dość czasu, by się wytworzyły grube błony w tchawicy a nawet w oskrzelach. W razie pojawienia się następowego zwężenia po tracheotomii nie zwykłem już działać na ślepo, ale badam naprzód wziernikiem tchawicę a następnie przez wziernik pod kontrolą wzroku usuwam przyczynę zwężenia. U dzieci bardzo małych, gdzie skutkiem wązkości wziernika nie mogę przezeń przeprowadzić narzędzia, wolę zawsze wprzód obejrzeć tchawicę, bo to obejrzenie służy mi za wskazówkę do dalszego działania, choćby i na ślepo. Badanie to wykaże nam tu, że zwężenie pochodzi z nagromadzenia się albo błon, albo też zielonawo szarej lub brunatnej masy, która często poprzedza tworzenie się błon, i zdaje się, iż powstaje z jednostajnego zmięszania się wypociny krzepnącej z wydzieliną śluzowo ropiastą zasychającą. Masy te, zupełnie klej stolar-

[1]) Porównaj wspomniane powyżej. Pieniążek „Uzupełnienie do dzieła własnego“ oraz Pieniążek „Ueber Speculirung der Luftröhre“ Wiener med. Blätter 1889.

ski przypominające, znajdujemy, podobnie jak białe błoniaste okłady na ścianach tchawicy, na jej podziale lub w oskrzelach. Wiedząc, gdzie są, możemy do ich usunienia użyć szczypczyków krtaniowych ustawionych odpowiednio; używam tu także swojej łyżeczki tchawiczej, zrobionej na wzór łyżeczki usznej, tylko na stósownie długim, cienkim, dającym się naginać trzonku osadzonej. Przy owych kleistych masach zwrócić muszę uwagę na potrzebę przeplatania odpowiednich manipulacyj częstemi wziewaniami i sztucznem oddechaniem, gdyż bardzo łatwo, nawet wyjąwszy część tych strupów przez poruszenie ich reszty, można zakleić mały otworek, jaki jeszcze wśród nich pozostał, a tem samem zatamować oddech do reszty. W razie wolnej od błon tchawicy znajdziemy ją często zaczerwienioną a klin podziałowy skutkiem obrzmienia nie przedstawia się ostry, lecz zaokrąglony; początki oskrzeli przedstawiają nam się nie okrągłe, lecz eliptyczne lub nawet szczelinowe, co polega na optycznem złudzeniu wobec skośnego odejścia oskrzeli od tchawicy przy obrzmieniu klinu. Jeżeli taki obraz znajdziemy obok przypadków zwężenia, to przyczyna zwężenia tkwić może niżej w oskrzelach głównych lub drugorzędnych. Jeżeli nad każdem płucem znajdziemy wszędzie jednakowy szmer, przemawia to za pierwszem przypuszczeniem; jeżeli szmery będą nad różnemi częściami płuc różne, to przemawia to za przypuszczeniem drugiem. Przytem w razie zajęcia mniejszych oskrzeli przeważa szmer zwężenia podczas wydechu a wdech bywa dość krótki. I tu musimy za pomocą lekko zagiętych szczypczyków lub łyżeczki wyciągać błony, działać jednak musimy na ślepo; wziernik posłużyć nam tylko może do łatwiejszego wprowadzenia narzędzia do jednego lub drugiego oskrzela, co jednak i bez tego można zrobić bez trudu. W ten sposób dojść można nie tylko do końca tak prawego, jak i lewego oskrzela, ale nadto ztamtąd wprowadzić można narzędzie do gałęzi jego dolnej i to po obu stronach; po prawej udaje się wprowadzić je także i do gałęzi średniej. Przez usunięcie błon z tych oskrzeli ułatwi się dojście powietrza przynajmniej do dolnych płatów obu płuc, co do utrzymania życia na razie wystarczy. Wszystkie zabiegi tego rodzaju wskazane są jedynie wobec bezpośredniego niebezpieczeństwa zaduszenia, tj. wtedy, kiedy już nie ma nic do stracenia; ale też wtedy nieraz przez nie zyskać można życie dziecka. Łatwo też pojąć, że wobec takiego stanu nieraz forsowne sztuczne oddechanie, obok wyjmowania błon bywa niezbędnie potrzebne [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 14).

Jak wykazały badania porównawcze, pasorzytnictwo najniższych grzybków, schizomycetów, znajduje współzawodnictwo w najniższych przedstawicielach świata zwierzęcego, pierwotniakach (*protozoa*). Jednocześnie z wykazaniem nadzwyczajnie wielkiego rozprzestrzenienia się tworów tych w świecie żyjącym, udowodniono, że niektóre z gatunków ich, głównie zaś rodzaje *coccidium*, *sporidium* i *flagellatae*, przebywają jako pasorzyty wewnątrz komórek nabłonkowych zwierząt wyższych. Spostrzeżenia w tej mierze, tyczące się przewodu pokarmowego i wątroby u królików i owiec, datują się jeszcze z przed kilkudziesięciu lat (Hake, Waldenburg, Leuckart).

W nowszych czasach przedmiotem badań i sporów w tym względzie stały się niektóre sprawy chorobowe w skórze ludzkiej, w których wykryto obecność wielkiej ilości ciał kulistych, bardzo przypominających wejrzeniem *protozoa* z wątroby królików. Podobieństwo tych tworów w chorobie skóry, znanej pod nazwą *molluscum contagiosum*, zaznaczone przed laty przez Virchowa, później Bollingera, w nowszych czasach przedstawione zostało już jako rzecz pewna w pracach Neissera [1]) i Pfeiffera [2]), którzy starali się wykazać związek przyczynowy pomiędzy obecnością tych ciał pasorzytniczych a samą sprawą patologiczną — bujaniem komórek nabłonkowych w skórze. W ostatnich latach z tego powodu powstał rozłam w poglądach dermatologów na etyologią takich spraw, jak *molluscum contagiosum*, choroba Pageta, *dermatite folliculaire végétante* Dariera: gdy jedni opierając się na twierdzeniach Wickhama, Dariera, Neissera i in., stawiają sprawy te w skórze w ścisłej zależności etyologicznej od obecności pewnych tworów, będących protozoami, drudzy (Kaposi, Török, Tommasoli, Dühring) uważają same te twory jedynie za komórki nabłonkowe w różnych okresach przemian wstecznych, odmawiając im przez to samo wszelkiego znaczenia przyczynowego.

Jak łatwo pojąć, te różnice w poglądach, istniejące do ostatnich czasów, można rozstrzygnąć jedynie tylko badaniami dokładnemi nad morfologią i biologią owych domniemanych sprawców rzeczonych spraw patologicznych, — pierwotniaków (*protozoa*). Niestety wiadomości zoologiczne w tej mierze są bardzo niewystarczające, dane zaś co do strony patogenetycznej tych najniższych zwierząt ograniczają się do luźnych komunikatów naukowych, nie ujętych jeszcze w całość systematyczną. Jeżeli więc postęp wiedzy w tej mierze ma rzucić nowe światło na etyologią wielu jeszcze ciemnych pod tym względem spraw chorobowych, to musi przebyć tę samą drogę, jaką w ciągu ostatnich lat 15 tu przebyła bakteryologia, tak świetne przyniósłszy wyniki; konieczne tu jest współdziałanie zarówno patologów, jak i przedewszystkiem zoologów, którzy tu wiele jeszcze mają do zrobienia.

W ostatnich czasach wybitne stanowisko na tem polu tak mało uprawianem zajął L. Pfeiffer z Weimaru. W dziełku swem *„Die Protozoën als Krankheitserreger“* usiłuje on dać dokładną o ile można charakterystykę tych chorób, w których znaleziono wewnątrz pierwocin tkankowych rozmaite postacie pierwotniaków. Opisane sprawy patologiczne tyczą się zarówno zwierząt niższych, bezkręgowych (*insecta, vermes*), jak i kręgowców, jak wreszcie i człowieka. Dla zrozumienia i oceny rezultatów prac, które przytoczymy poniżej, nie od rzeczy będzie poznać w jak najkrótszym zarysie najważniejsze cechy tych najniższych tworów zwierzęcych, których charakterystykę podaje Pfeiffer na podstawie prac specyalistów, jak Bütschli, Balbiani, Leuckart, Schneider i inni.

Pierwotniaki (protozoa) zaliczone są przez zoologów do działu IX-go świata zwierzęcego. Grupa ta obejmuje liczne postacie tworów, stojących na najniższym stopniu rozwoju tak, iż niektóre z pomiędzy nich zaliczane bywają zarówno do świata zwierzęcego, jak roślinnego.

Główną ich cechę stanowi budowa jednokomórkowa obok zupełnego braku jakichkolwiek wyosobnionych narządów, budowa utrzymująca się zawsze, we wszystkich okresach życia; warunkiem dla nich koniecznym jest stan płynny

[1]) Pod tym względem porównaj: Pieniążek: *„Ueber das Verfahren beim Auftreten secundärer Suffocationsanfälle beim Croup nach Tracheotomie“ Archiv. für Kinderheilkunde Band X.*

[1]) Vierteljahrschrift für Dermatologie 1888 N. XV.

[2]) Zeitschrift f. Hygiene 1888.

lub przynajmniej wilgotny otoczenia. W braku wody, tlenu lub pożywienia ciało ich kurczy się coraz bardziej i przemienia wreszcie w maleńką okrągłą torbiel, co ma nader ważne znaczenie w sprawie mnożenia się i rozszerzania pierwotniaków, gdyż tak zmienione twory znoszą bez szkody wysuszenie i w tym stanie z łatwością mogą być przerzucane z miejsca na miejsce. Młode osobniki kształtem i wielkością mało się różnią od dojrzałych, lecz posiadają zato pewną właściwość wyłączną, występującą w pewnym okresie ich rozwoju: jest nią zdolność poruszania się za pomocą wypustki czyli t. zw. nóżek wrzekomych, które jednakże rychło tracą a z niemi zarazem i możność wykonywania ruchów.

Odróżniają zwykle 3 oddzielne grupy czyli klasy pierwotniaków: *1) Infusoria, 2) Sporozoa*, do których należą rodziny *Gregarinae*, *Coccideae* i *Sporidia* (*Mikro-Myxo-* i *Sarco-sporidia*) *3) Sarcodina* z podziałem na *Radiolaria*, *Heliozoa* i *Rhizopoda*. Z tych 3 klas tylko *Sporozoa* zasługują na bliższą naszą uwagę, obejmując sobą wszystkie postacie opisanych dotyczas pasorzytów z pomiędzy *protozoa*, gdy zarówno klasa 1., jak i 3. nie dostarczyły dotychczas materyału pod tym względem. *Sporozoa* w okresie dojrzałym nie mają ściśle typowego wejrzenia: kształt ich, wielkość a nawet ilość zarodników zależą od stosunków miejscowych komórki, w której przebywają jako pasorzyt. Wreszcie co się tyczy znaczenia chorobotwórczego tych drobnoustrojów, to ogólnie mówiąc, tem wybitniej ono występuje, im niższy jest stopień rozwoju pasorzyta.

Rozmnażanie odbywa się przez podział, przyczem tworzy się wielki torbiel pasorzytniczy zawierający wewnątrz młode zarodki kształtu sierpowatego (*Schwärmercystenstadium*), lub też występuje forma przejściowa w postaci mniejszych torbieli (*Sporocysten*) wewnątrz pierwotnej wielkiej i dopiero w tych sporocystach mieszczą się zarodniki (*Dauercystenstadium*).

Pod względem działania pasorzytniczego ograniczają się pierwotniaki wyłącznie do komórek, które też od pierwszej chwili infekcyi są stałem i jedynem ich siedliskiem. Zarodnik jeden lub też kilka razem, przemknąwszy do wnętrza komórki, czas jakiś może pozostawać spokojnie, nie sprawiając widoczniejszych zmian w otoczeniu; odkąd zaś rozpoczyna się jego rozwój, poprzedza go przerost komórki, która w dalszym ciągu ulega stopniowo zniszczeniu i wreszcie zanika zupełnie, w miejscu zaś jej pozostaje pasorzyt, mający istnieć nadal bardzo długo pomiędzy pierwocinami komórkowemi tkanki, jako jedna ze składowych jej części, odżywiająca się za pomocą wchłaniania soków z otoczenia. Udział jądra komórki zajętej bywa różny, stósownie do rodzaju pasorzyta: niekiedy zachowuje się ono bardzo długo bez zmiany, lecz są postacie protozoa, rozpoczynające zniszczenie komórki od jądra (*Karyophagi*). W przypadkach licznego zakażenia komórki kilkoma lub nawet kilkudziesięcioma zarodkami naraz, zwykle tylko jeden lub najwięcej parę rozwija się dalej i dojrzewa, podczas gdy całe ich mnóstwo pozostaje bez zmiany, dopóki nie powstaną dla nich warunki sprzyjające. Od czego zależy właściwie działanie niszczące pasorzytów na komórkę zajętą i jej otoczenie, obecnie ściśle określić nie można; według wszelkiego prawdopodobieństwa jest to działanie chemiczne pewnych wytworów trujących te *protozoa*, jak to wskazuje przebieg niektórych lepiej znanych spraw chorobowych zwierząt, zależnych od obecności pierwotniaków, jak np. *coccidiosis acuta* u królików, cechującej się objawami cierpienia wybitnie infekcyjnego, przebiegającego ostro.

Obecność mocno trujących ciał w wyciągu glicerynowym z torbieli zarodnikowych rodzaju *sarcosporidia* stwierdził Pfeiffer doświadczeniami na zwierzętach. W końcu wspomnimy o nierzadko występującym fakcie symbiozy pierwotniaków z bakteryami. Trudno rozstrzygnąć, jaki jest stosunek wzajemny w większości przypadków tych współzamieszkujących drobnoustrojów: niekiedy niewątpliwie przeniknięcie do tkanki i działalność jednego z nich ułatwia osiedlenie się tamże drugiemu, który znajduje już zmniejszoną miejscowo odporność komórek i grunt podatniejszy (*mutualistische Symbiose*), lecz prawdopodobnie zdarzać się może, że działanie ich może sobie do pewnego stopnia sprzeciwiać, ograniczając się wzajemnie z korzyścią dla komórek zakażonego ustroju (*antagonistische Symbiose*).

Skreśliwszy w krótkich najogólniejszych rysach ważniejsze cechy biologiczne pierwotniaków, przejdziemy do rozpatrzenia poglądów różnych badaczów na obecność ich wewnątrz komórkowych elementów nowotworów rakowych, ich związek domniemany z powstawaniem tych guzów, wreszcie, do krytycznych zarzutów przeciw tym poglądom. Pierwsze spostrzeżenie obecności w komórkach rakowych tworów, przypominających bardzo pewne postacie pierwotniaków, zrobione było przez wspomnianego powyżej badacza L. Pfeiffra w roku 1887. Badając dwa przypadki raka barwikowego (*melanocarcinoma*) podudzia, znalazł wewnątrz komórek rakowych, w miejscu jądra lub ciała ich, twory, które uważa za pasorzyty z grupy pierwotniaków; porównywając różne ich postacie z bardziej znanemi rodzajami pierwotniaków, spostrzegł największe ich podobieństwo do rodzaju *microsporidia*, mianowicie zaś do gatunków *plasmodiophora brassicae* i *synchytrium mercuriale*. Podczas badania oddzielnych komórek na ogrzewanym stoliku mikroskopowym widzieć było można ruchy amebowate tych tworów wraz z przesuwaniem się w nich jądra. Wielkość ich dochodziła do 20 mikronów (mikron = $^{1}/_{1000}$ mm.). Określić rodzaju pasorzytów, spotykających się w komórkach rakowych, zdaniem autora teraz jeszcze nie można; o ile sądzić wolno na podstawie znacznego materyału porównawczego nie chodzi tu bynajmniej o którąś ze znanych postaci z pomiędzy *coccidia* lub *sporidia* a nawet ze znacznym stopniem prawdopodobieństwa przypuścić należy, że w różnych rodzajach nowotworów rakowych znajdują się też rozmaite postacie pasorzytów-pierwotniaków. Wnioski te wyprowadza Pfeiffer później na podstawie dalszych swych badań we wspomnianem powyżej dziele „*Protozoën als Krankheitserreger*".

Rok upłynął od pierwszego doniesienia Pfeiffra bez nowych w tym kierunku nabytków w literaturze; spostrzeżenia te, zdawało się, że przeszły bez wrażenia, nie wywoławszy zaprzeczeń ani też potwierdzeń ze strony innych badaczów. Lecz w roku 1889 zjawia się kilka prac, w następnym zaś 1890 cały ich szereg, które dostarczyły nowych szczegółów morfologicznych w sprawie spostrzeganych tworów w komórkach raka. Albarran[1]), Michaux[2]), Malassez[3]) we Francyi, z niemieckich zaś autorów Thoma[4]), pierwsi opisali znalezione twory wewnątrz komórek rakowych, podając je już jako niewątpliwe drobnoustroje, należące do pierwotniaków. W obydwóch swych przypadkach raka szczęki górnej Albarran spostrzegał wewnątrz komórek nabłonkowych, rzadziej pomiędzy niemi, twory okrągłe lub nieco wydłużone, kształtem przypominające bardzo *coccidia*. Co się tyczy znaczenia obecności tych drobnoustrojów, to pod tym względem posuwają się dalej we wnioskach ze swych spostrzeżeń Michaux i Malassez, którzy nadają temu znaczenie etyologiczne, kładąc w zależności samo bujanie tkanki nowotworowej od obecności wykazanych kokcydyj. Thoma uważa twory za niewątpliwie pasorzytnicze, które znajdował w komórkach rakowych z żołądka, sutka i odbytnicy. Składają się one z pierwoszcza (*protoplasma*) i jądra, mają kształt okrągły, owalny lub czółenkowaty i mieszczą się pojedyńczo lub grupami po 4 lub 6 wewnątrz jąder komórek nabłonkowych raka. Jądra te zwykle są znacznie rozciągnione, słabo się barwią i okazują oznaki zwyrodnienia. Niekiedy spotykał on w komórkach twory w postaci kul jednostajnych,

[1]) De la contagion du cancer. (Semaine medicale 1889, 29). —

[2]) Sur les tumeurs epitheliales, contenants des psorospermies. (Sem. med. 1889, 13).

[3]) Sur les nouvelles psorospermoses chez l'homme. (Arch. de med. exper. T. II).

[4]) Ueber eigenartige parasitäre Organismen in den Epithelzellen der Carcinome. (Fortschritte der Medicin 1889).

mocno załamujących światło, lecz nie barwiących się barwikami jądrowymi, zawierających wewnątrz znaczną ilość drobnych ciałek chromatynowych. (C. d. n.)

Choroby skórne i weneryczne.

E. B. **O leczeniu wiewiórowego (tryprowego) zapalenia pęcherza moczowego.**

W średnich latach życia występuje prawie wyłącznie tylko wiewiórowe zapalenie pęcherza moczowego i to w różnych okresach tej choroby wymagając różnego też leczenia. Zarażenie pęcherza moczowego pojawia się albo w bardzo wczesnym okresie wiewióra, zwykle po kateteryzowaniu lub źle zrobionej injekcyi albo w okresie późniejszym, gdy wiewiór postępując w cewce doszedł do samego pobliża pęcherza moczowego a wtedy już zbytnie chodzenie, eksces jakikolwiek i t. p. wystarczają, by sprawa chorobowa przekroczyła zdziergacz i zajęła pęcherz moczowy.

Bez względu na przyczynę bezpośrednią, która wywołała przeniesienie się sprawy z cewki moczowej na pęcherz, trzeba wiewiórowe zapalenie tego organu leczyć przede wszystkiem środkami miejscowemi a metoda, której się pod tym względem trzymają w szpitalu Neckera w Paryżu, jest następująca:

1) Ma się do czynienia z chorym nawiedzonym przez wiewiór w pierwszym jego okresie, który dostał zapalenia pęcherza moczowego po injekcyi lub niewczesnem kateteryzowaniu, u którego zajęte są tak przednia jak i tylna część cewki moczowej, zkąd zaraził się pęcherz. Rozpoznaje się ten stan po bardzo częstem parciu na mocz i bólach w pęcherzu, które wystąpiły po bólach w cewce.

W tym okresie choroby należy wziąć się przede wszystkiem do przepłukiwań *(lavages)* pęcherza i cewki moczowej, do czego według najnowszych prac Janeta z pracowni prof. Guyona nadaje się najbardziej roztwór nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*) tem słabszy, im ostrzejsze jest cierpienie. Rozpoczyna się od roztworu 1 na 5000 a dochodzi do roztworu 1 na 2000 w miarę, jak się stan poprawia.

Przepłukiwania te robi się raz dziennie przez 5 lub 6 dni po sobie, poczem albo chory pozbywa się zupełnie swego cierpienia albo przynajmniej doznaje polepszenia a wtedy po 3 lub 4 dniach pauzy robi się znowu przerzeczone przepłukiwania.

Przepłukiwanie pęcherza jest zabiegiem bardzo prostym a odbywa się albo za pomocą zgłębnika albo bez niego. — Pierwsze znane jest powszechnie a chodzi tylko o to, by je robić lekko, nie obrazić przy tem ani cewki ani pęcherza i uważać na to, by zgłębnik wyjąć wtedy, gdy pęcherz już się napełnił a to w tym celu, by chory sam pęcherz swój wypróżniając przepłukał cewkę.

Przepłukanie bez cewnika nie jest tak ogólnie znane, jest równie proste jak z cewnikiem a wydaje się lepszem. Potrzeba do niego irygatora z rurką dosyć długą zakończoną w małą kankę. Po oddaniu moczu przez chorego wkłada mu się kankę do otworu cewki tak, by przez zaciśnienie płyn z niej nie mógł wypływać a następnie podnosi do stósownej wysokości irygator. Zazwyczaj ciśnienie od jednego do 1·3 metra wystarcza zupełnie do przezwyciężenia zdziergacza pęcherza i napełnienia pęcherza, poczem chory sam go wypróżnia.

2) W przypadku drugim, gdy zapalenie pęcherza moczowego występuje w późniejszym okresie choroby, t. j. gdy wiewiór zajmuje tylną część cewki, należy przedewszystkiem przekonać się, czy nie ma zwężenia cewki, które samo przez się może być przyczyną utrzymywania się zapalenia się pęcherza moczowego. Do tego użyć najlepiej eksploratora z guziczkiem dosyć grubym (nr. 12 do 14 skali Charrièrowskiej). Jeżeli jest zwężenie, naprzód trzeba je leczyć przez rozszerzanie systematyczne a następnie dopiero wziąć się do leczenia zapalenia pęcherza moczowego.

Tutaj zachodzić mogą dwie okoliczności.

a) Zapalenie pęcherza moczowego nie jest znaczne, potrzeba oddawania moczu nie częsta a pęcherz, co rzecz najważniejsza, znosi płyn dobrze. Wtedy należy przepłukiwać pęcherz moczowy roztworem 1‰ azotanu srebrowego (kamienia piekielnego) raz dziennie, przechodząc prędko do roztworu 2‰ a nawet mocniejszego, jeżeli zapalenie pęcherza opiera się leczeniu. Przepłukiwania robi się w ten sposób, że kateter wprowadza się aż do części krokowej cewki, by także poddać działaniu tę jej część, poczem wypuściwszy płyn wpuszcza się nową ilość jego i zatrzymuje ją przez 5 do 6 minut, by zadziałała dobrze na błonę śluzową. Ilość płynu do pęcherza wstrzykiwanego zależy od zdolności pęcherza zatrzymania go w sobie i nie da się z góry oznaczyć.

b) Zapalenie pęcherza jest gwałtowne, potrzeba oddawania moczu bardzo częsta, bóle znaczne a pęcherz nie znosi płynu. Wtedy nie wolno przepłukiwać pęcherza a natomiast wkrapla się do pęcherza zwykłym wkraplaczem (*instillateur*) 14 do 20 kropli 1% roztworu azotanu srebrowego dochodząc rychło do roztworów 4 do 5% (co najwięcej).

Rozumie się samo przez się, że we wszystkich przypadkach ostrego zapalenia pęcherza moczowego zaleca się chorym spokojne leżenie, unikanie przypraw korzennych i napojów wyskokowych.

Bardzo skutecznemi okazują się kąpiele wannowe ciepłe, długie a w razie gwałtownych bólów czopki morfinowe.

Za najważniejszy środek zapobiegający wiewiórowemu zapaleniu pęcherza moczowego uważać należy unikanie wstrzykiwań i kateteryzowań w pierwszych dniach wiewióra, by nie wprowadzić zarodków chorobowych do tylnych części cewki. (*La médecine moderne. 1. avril, 1893*). *D.*

Patologia.

Trzy nowe sposoby osłuchiwania.

1) B. Ward Richardson: *Intrathoracic auscultation.*
2) A. Hoffmann: *Ueber oesophageale Auscultation.*
3) Boy-Teissier: *L'auscultation rétrosternale dans les maladies cardio-aortiques.*

1) Richardson wprowadzając zgłębnik choremu, podejrzanemu o zwężenie połyku, nie mógł wykazać zwężenia, ale usłyszał lekkie tarcie podczas przesuwania się zgłębnika przez pewne miejsca w połyku. Chcąc je zbadać jeszcze dokładniej, postanowił mu przysłuchać się; w tym celu nałożył na wolny koniec zgłębnika słuchawkę i przekonał się teraz, że takie samo tarcie słychać podczas przesuwania się zgłębnika przez cały połyk (a więc w tym przypadku zwężenia nie było), inne zaś dźwięki powstają za uderzeniem zgłębnika o płyn w żołądku a odmienne znów prawdopodobnie wskutek kurczenia się ścian żołądka.

Po wprawie przez jakiś czas w tym względzie i podczas osłuchiwania w różnej wysokości, doszedł autor do przekonania, że sposób ten nadaje się przedewszystkiem: do rozpoznawania zwężeń połyku w pierwszych zaraz początkach, dalej w chorobach żołądka zwłaszcza jego ścian, n. p. guzach, w chorobach serca, gdy przez zewnętrzne osłuchiwanie tonów ani usłyszeć, ani rozróżnić nie możemy, n. p. w zapadzie, tętniakach lub skombinowanych wadach serca.

Doniesienie to wypowiedział R. na posiedzeniu Tow. lek. londyńskiego, przyczem Routh zwrócił uwagę, iż jeszcze dawniej przed R. nasadzał na szyjkę macicy nieco dłuższą niż zwykle słuchawkę i mógł tym sposobem w 6 tygodniu ciąży osłuchiwać tony w macicy.

2) Niezależnie od poprzedniego Hoffmann używał zgłębnika żołądkowego z podziałką do osłuchiwania, nasadzając na jego wolny koniec grubą, krótką rurkę szklaną, zaopatrzoną w płytkę uszną i nazwał ten przyrząd endostetoskopem. Tony serca słychać najwyraźniej na wysokości 35 do 30 ctm., przyczem skurcz brzmi jak ton podwójny, rozkurcz zaś nie jest tak głośny.

Na wysokości 25 ctm. słyszymy tylko szmery oddechowe. Nadto dodaje autor, że rozpoznawał tym przyrządem takie wady serca, o których nie mógł twierdzić stanowczo przy osłuchiwaniu zewnętrznem. Do osłuchiwania prawego serca nie nadaje się. Nawet można według autora rozpoznać miejsce powstawania szmeru, albowiem za najgłęb-

szem ustawieniem zgłębnika osłuchujemy aortę zstępującą, za nieco wyższem podstawę serca a za najwyższem łuk aorty.

3) Teissier używa do swego badania słuchawki długiej na 25 ctm. a dostaje się nią między oba mm. mostkoobojczykosutkowe poza mostek. W tym celu układa się chorego na plecy z nieco wyciągniętą szyją i podniesioną głową a zwróconą w przeciwną stronę od badającego. Najlepiej stać po prawej stronie chorego, by można nadać słuchawce o ile możności równoległy kierunek do tętnicy szyjnej wewn. i *truncus tracheo-cephalicus*, przyczem uciska się nieco na podgardle. Przy pewnej wprawie można dobrze wprowadzić słuchawkę i nie uciska się na krtań, tchawicę i naczynia. Autor wprowadza ją nawet w pozycyi siedzącej chorego.

Nie zawsze jednak możemy użyć tego sposobu a mianowicie, gdy podgardla (*jugulum*) niema np. u osób tłustych lub gdy za głęboko leży krtań np. u osób starszych. Najlepszą ta metoda okazała się w rozpoznawaniu wszelkiego rodzaju wad aorty. (*Wiener klin. Presse. Nr. 3. 1893*).

Dr. Olszewski.

Ginekologia.

Prof. L e b i e d i e w: **O cięciu łonowem.**

Dnia 11. stycznia 1893 r. o godzinie 2. minut 40 po północy przywieziono do kliniki położniczej prof. Lebiedziewa (w Petersburgu) kobietę 23 lat liczącą, rodzącą na czasie, po raz piąty.

Wywiady wykazały, że pierwszy poród zakończył się wymóżdżeniem, drugi kleszczami ze skutkiem dla dziecka niepomyślnym, trzeci, w obec dwóch poprzednich, wywołano przedwcześnie w tyg. 34., dziecko urodziło się siłami natury, lecz wkrótce zmarło; czwarty, zakończony pociąganiem za sprowadzone nóżki, w obec położenia pośladkowego, dziecko również nieżywe.

Obwód brzucha przez pępek wynosił 100 ctm., od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 41 ctm., do dna zaś macicy 37 ctm. Główka balotuje nad wchodem. Położenie czaszkowe drugie.

Ujście rozwarte na 3—4 ctm., pęcherz stojący. Odległość kolców 22 ctm., odl. grzebieni 25·5, wymiar prosty zewnętrzny wchodu 17 ctm., wym. przekątny wchodu 10 ctm., wym. prosty wchodu 8 ctm. Postanowiono zachować się tymczasowo wyczekująco. O 6 g. 15 minut rano pękł pęcherz a o 9 g. 50 m. ujście zupełnie się rozwarło. Chociaż macica przez cały ten czas kurczyła się energicznie, jednak poród ani na włos nie postąpił; utworzyło się tylko dość wielkie przedgłowie i przednia warga obrzmiała znacznie.

W obec niepomyślnych wyników poprzednich porodów nie można się było spodziewać, by i ten ukończył się pomyślnie siłami natury dla płodu, tembardziej, że tętno płodu stało się nieprawidłowem. Ze względu na wywiady a również na stanowcze życzenie rodzącej, która koniecznie chciała mieć dziecko żywe, można było wybierać między cięciem cesarskiem a cięciem łonowem; do cięcia cesarskiego nie było bezwzględnego wskazania, więc prof Lebiedziew zdecydował się na drugi zabieg tem bardziej, że chciał w tym względzie nabyć doświadczenia. Po należytem przygotowaniu pola operacyjnego i zachloroformowaniu rodzącej, przystąpiono do operacyi. Rozcięcie miękkich części zaczęło się na 1 ctm. nad spojeniem łonowem w linii środkowej a nie dochodziło na 1 ctm. do łechtaczki; krwawienie było nieznaczne. Przyczepienie mięśni brzucha prostych nieco nadcięto, by można było zajść palcem po za spojenie łonowe; do pęcherza założono cewnik. Spojenie rozcięto nożem gałkowatym aż do więzadła łukowego (*lig. arcuatum*), poczem spojenie rozeszło się na 1½ ctm. Pomocnicy uciskali na krętarze. Na balotującą główkę z trudnością założono w wymiarze ukośnym kleszcze Breusa, zmodyfikowane przez Dra Połotiebnowa.

Po jednej trakcyi główka wstąpiła do próżni; wtedy kleszcze zdjęto, jako założone w wymiarze niewłaściwym. Wkrótce przyszedł ból, dzięki któremu główka płodu przerznęła się przez szparę sromową, a w kilka chwil potem urodził się płód żywy.

Podczas obniżania się główki do próżni, spojenie łonowe rozeszło się na szerokość 7 ctm., chociaż trzasku żadnego, jak się to zdarzyło u prof. Krassowskiego, nie usłyszano; zaczęło się mocne krwawienie z poza spojenia, zatrzymane tamponowaniem gazą jodoformową i uciskiem krwawiącego miejsca ku spojeniu palcem od strony pochwy. — Kości łonowe połączono szwem jedwabnym węzełkowym, przeprowadzonym pod okostną; drugiem piętrem takiegoż szwu zostały połączone części miękkie w głębi rany a za pomocą trzeciego zeszyto powłoki. Krwawienie dość znaczne, jakie było jeszcze z naddarć na przedniej ścianie pochwy, zatrzymano szwami jedwabnymi. Na miednicę założono flanelową opaskę. Dziecko ważyło 4400 grm., długość 53 ctm., obwód główki 38·5 ctm., wymiar czołowy 8·75 ctm., w. ciemieniowy 10 ctm., w. prosty 12·75 ctm., w. ukośny duży 14·5 ctm., w. ukośny mały 12 ctm.

Prof. L. nie podziela zdania autorów twierdzących, że ta operacya może w przyszłości w średnich stopniach ścieśnienia miednicy odsunąć na drugi plan cięcie cesarskie, ponieważ 1° ona nie jest ani łatwiejszą, ani wygodniejszą, niż cięcie cesarskie; 2° krwawienie spowodowane pęknięciem ciał jamistych łechtaczki bywa bardzo obfite i bardzo trudne do tamowania; 3° obok dobrych wyników są i bardzo smutne n. p. przetoki pęcherzowo- i cewkowo-pochwowe a nie można przewidzieć, czy zabieg ten nie stanie się przyczyną czasowego lub stałego kalectwa operowanej.

Nie radzi więc zapalać się do cięcia łonowego i operacyę tę poleca w średnich stopniach ścieśnień a szczególnie przy miednicach ogólnie ścieśnionych. (*Wracz Nr. 4. 1893*).

P é r o n n e: **O nowym sposobie cucenia omdlałych noworodków.**

Dr. Péronne poleca nowy sposób cucenia omdlałego płodu, polegający na rytmicznem wyciąganiu języka, który daje jakoby pożądany skutek nawet w takim razie, gdy inne sposoby cucenia do niczego już nie prowadzą; by język nie wyślizgiwał się, radzi uchwycić go, chociażby szczypczykami. (*Union médicale du Nord-Est. Decem. 1892*).

Dr. Płaskowicki.

Chirurgia.

E i s e l s b e r g (Wiedeń): **Przyczynek do kazuistyki eliminacyi jelita** (*Darmausschaltung*).

Operacya ta, wykonywana do niedawna tylko na zwierzętach w celach fizyologicznych, znalazła ostatnimi czasy zastosowanie w chirurgii a mianowicie w przypadkach w których typowe wycięcie jelita było niemożebnem. Polega ona na tem, że po oddzieleniu jelita prawidłowego od chorobowo zmienionego nie wycina się ostatniego, lecz pozostawia na kresce w jamie brzusznej; końce zaś oddzielonej pętli przeprowadza się na wzór przetoki jelitowej V e l l a na zewnątrz i zeszywa ze skórą ściany brzusznej. Końce jelita prawidłowego łączy się oddowiednim szwem. Stosowano tę operacyę w cierpieniach kiszki ślepej. Pierwszy przypadek operował w ten sposób H o c h e n e g g, drugi F r a n k. E i s e l s b e r g opisuje trzeci przypadek, operowany w lecie 1892 r. w klinice Billrotha; chora cierpiała od dosyć dawna na zapalenie kiszki ślepej; guz był bardzo duży, zrosty nader znaczne, wreszcie w okolicy kiszki ślepej były cztery przetoki kałowe. Korzystając z tych przetok zmienił E i s e l s b e r g sposób postępowania o tyle, że po oddzieleniu zmienionego jelita nie wszył odciętych końców do ściany brzusznej, lecz zaszył je; wyeliminowane jelito komunikowało na zewnątrz przez przetoki, które wypełnił gazą jodoformową. Opatrunek zmieniano w ciągu pierwszych 2 tygodni po operacyi codziennie; tylko pierwszego dnia odeszło trochę kału, później wydzielina była ropną. W cztery tygodnie po operacyi chora czuła się najzupełniej zdrową, przetoka kałowa nie zagoiła się jednak jeszcze. W ośm tygodni po operacyi okolica, w której niezagojona znajdowała się przetoka, poczęła się wypuklać, wreszcie otworzyła się i wylało się z niej około łyżki stołowej płynnego kału; wydzielanie się kału z utworzonej przetoki usta-

ło po kilku dniach, poczem przetoka się zabliźniła i nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Eiselsberg sądzi, że przetoka, powstała w 8 tygodni po operacyi, wychodziła nie z wyeliminowanej kiszki ślepej, lecz z miejsca połączenia jelita cienkiego z grubem.

Wobec tego, że opisana wyż operacya jest zupełnie nową, nie mamy oczywiście żadnego klinicznego doświadczenia w tej mierze. Na zasadzie jednak doświadczeń na psach (Hermann i jego uczniowie, Salzer) operacyę, wykonaną w ten sposób, jak w przypadku v. Eiselsberga, uważać musimy co najmniej za ryzykowną, gdyż nie mając pewności, że cała błona śluzowa wyeliminowanego jelita jest zniszczoną, nie możemy wykluczyć tego, że po niejakim czasie jelito pocznie wypełniać się kałem, przez gromadzące się masy kałowe zostanie rozepchniętem i w takich okolicznościach nastąpi przedziurawienie jelita. (*Wiener klin. Woch.* 1893 N. 8). *K. Klecki.*

E. Nicaise: **Zapalenie gruźlicze stawu kolanowego włókniste** (*Tumeur blanche fibro-plastique*).

N. opisuje w swej pracy dwa rzadkie przypadki zapalenia gruźliczego stawu kolanowego, gdzie w miejscu zwykłych wybujałości ziarninowych, które następnie rozpadają się i ropieją lub ulegają wstecznej przemianie zserowacenia, napotyka się torebkę stawu zgrubiałą i zamienioną w grubą warstwę tkanki włóknistej (*fibro-plastique*). Najostrzejsza forma sprawy gruźliczej w stawie daje obraz taki, że torebka rozmiękła i naciekła, o rozszerzonych naczyniach, pokryta jest naroślami i wypustkami tkanki zarodkowej, szarawej, opuchlinowej (*tissu fongueux*), w której spotykamy właściwe ogniska i guzki gruźlicze (gruzełki). W sprawie nie tak ostrej może się tworzyć tkanka zachowująca jeszcze po części budowę włóknistą, gdzie mamy również torebkę naciekłą, zgrubiałą i obrzękłą, t. j. tkankę galaretowato-słoninowatą (*tissu gelatino-lardacé*) a powstaje ona odrazu albo wyrabia się pod wpływem przemiany sprawy ostrej, dążącej do wyleczenia. Najrzadsze przypadki tyczą się spraw najwolniej przebiegających, gdzie czynnik drażniący i podniecający zapalenie najmniej jest nasilony a więc odżywienie najlepsze. Tkanka chorobliwa nie rozpada, ale organizuje się, rozrasta, staje się zbitszą i kosztem komórek naciekowych tworzą się między włóknami tkanki łącznej nowe włókna. Jest to rzeczywisty przerost (*hyperplasie fibro plastique*); to zboczenie czynności o początku zapalnym dąży nie do zniszczenia tkanki, ale do pewnego rodzaju tworzenia nowotworowatego (*néoformation*) i może być pomieszane przy powierzchownem badaniu z mięsakiem włóknistym. — Podobne sprawy stawia Billroth jako sprawę przejściową (*processus de transition*) między właściwą sprawą zapalną bez hiperplazyi a przerostem nowotworowym.

Do takiego przerostu tkankołącznowego dołącza się niekiedy obfite nagromadzenie tłuszczu, który albo przerasta na wskróś włóknistą tkaninę, albo zbiera się koło niej jako tkanka tłuszczowa (*dystrophie steatogène*, Le Gendre).

Na dwóch przypadkach typowych a dwóch pomięszanych z zwykłą sprawą gruźliczą, rozbiera N. szeroko i długo swoje zapatrywania się; mogą one być racyonalne, ale zdaje się, że to są stare rzeczy tylko uporządkowane nie bez przesady, bo najczęściej wszystkie formy są pomięszane, tylko jedna przeważa w tym, inna w owym przypadku. — (*Révue de Chirurgie. Octobre 1892*).

Dr. Gabryszewski.

Notatki terapeutyczne.

Przeciwko pijaństwu radzi na podstawie własnego doświadczenia Starck w Kolonii wstrzykiwać podskórnie po 0·50 a w razie okoliczności tylko po 0·25 następującego płynu:

43) Rp. *Strychnini nitrici 0·06*
Aquae destil. 15·00

a prócz tego zadawać trzy razy dziennie po 0·50 *natrium bromatum*. (*Ther. Monatshefte. 1892*).

Na trądzik (*acne*) i różę w twarzy zaleca Unna w Hamburgu pokost ichtyolowy:

44) Rp. *Ichthyoli 25·00*
Acidi carbolici 2·50
Amyli puri 50·00
Aquae destil. 22·50

Ichtyol i kwas karbolowy należy rozpuścić w ciepłej wodzie a potem dodać do tego skrobię podczas ciągłego wcierania. (*Mtshefte f. prakt. Dermatol.*).

Przeciw poceniu się nóg zaleca Rabow wsypywanie do pończoch i do obuwia proszku:

45) Rp. *Acidi salicylici*
Aluminis
Amyli oryzae āā 10·00.

(*Ther. Mtshfte*).

IV. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Od Komitetu polskiego XI. lekarskiego Zjazdu międzynarodowego w Rzymie.

Niniejszem podaję do wiadomości Szan. Kol. w Poznańskiem, iż Wydział lek. Tow. Przyjaciół Nauk w Poznaniu upoważnił do pośredniczenia między członkami Tow. a Komitetem krak. w sprawach Zjazdu koll. Dembińskiego i Wicherkiewicza.

Ponieważ byłoby rzeczą pożądaną, ażeby temata odczytów, które mają być wygłoszone przez Szan. Kolegów, mogły być do 1. maja przesłane Centralnemu Komitetowi w Rzymie, wraz ze spisem członków, którzy udział wziąć w Zjeździe zamierzają, przeto pozwalam sobie upraszać o nadsyłanie ich do Komitetu krak. pod moim adresem.

Prof. N. Cybulski w Krakowie.

— Tegoroczna epidemia duru brzusznego we Lwowie ogranicza się prawie wyłącznie do dzielnicy Łyczakowskiej a mianowicie do ulicy Łyczakowskiej i jej sąsiednich, w pasie od kościoła św. Antoniego po plac cłowy, t. j. do dolnej jej części.

Wystąpiła ona z niezwykłą gwałtownością tak, iż w tejże dzielnicy od 12. marca do 4. kwietnia zachorowało na dur brzuszny 155 osób, gdy ogólna ilość przypadków chorobowych w całem mieście wynosi 194. Według statystyki zaczerpniętej z urzędowych raportów fizyka miejskiego Dra Pawlikowskiego epidemia przedstawia się tak:

od d. 12—22 marca	zachor. na dur	21 osób	(na Łyczak. 19 o.)
„ 22—23 „	„ „	23 „	„ 20 „
„ 23—24 „	„ „	8 „	„ 4 „
„ 24—25 „	„ „	29 „	„ 29 „
„ 25—26 „	„ „	9 „	„ 8 „
„ 26—27 „	„ „	21 „	„ 15 „
„ 27—28 „	„ „	21 „	„ 13 „
„ 28—29 „	„ „	5 „	„ 3 „
„ 28—30 „	„ „	12 „	„ 11 „
„ 30—31 „	„ „	16 „	„ 10 „
od 31 marca do 1 kw.	„ „	12 „	„ 10 „
„ 1—2 kwietnia	„ „	10 „	„ 9 „
„ 2—3 „	„ „	0 „	„ 0 „
„ 3—4 „	„ „	7 „	„ 4 „

Dodać przytem należy, iż osoby chore, w ostatnich raportach umieszczone, znajdują się obecnie już co najmniej w 10. dniu choroby.

W obec okoliczności, iż tylko w pewnej części dzielnicy Łyczakowskiej nagle tak gwałtownie wybuchła epidemia duru brzusznego, w części zaopatrywanej w tymże czasie w wodę z jednego źródła pochodzącą, t. j. z t. zw. wodociągu dominikańskiego, nasuwa się wszelkie prawdopodobieństwo, iż przyczyny szerzenia się zarazka tyfusowego należy szukać w tejże wodzie. Przemawia za tem także i ta okoliczność, iż od chwili zamknięcia tego źródła wody, t. j. od dnia 25. marca epidemia

widocznie słabnie, — jak i badanie bakteryologiczne wody z ul. Łyczakowskiej, dokonane w pracowni c. k. krajowej Rady Zdrowia, które tylko w wzmiankowanej wodzie wykazało prątki odpowiadające bardzo napotykanym w durze brzusznym a brak ich w innej wodzie z tejże samej ulicy zaczerpniętej, lecz z innych źródeł pochodzącej.

Na pierwszą urzędową wiadomość o wybuchu epidemii przedsięwzięło c. k. Namiestnictwo wspólnie z Magistratem energiczne środki zaradcze, odbyły się 2 nadzwyczajne posiedzenia w tym celu c. k. krajowej Rady Zdrowia i dzięki energicznym zarządzeniom obecnie epidemia zdaje się zupełnie opanowaną.

— Profesorowie Obaliński i Rydygier wyjechali na kongres chirurgów do Berlina.

— **Cholera.** Po kilku tygodniach pauzy pojawiła się cholera w kilku wsiach nad Zbruczem w powiecie borszczowskim w Galicyi, gdzie dotychczas zmarło na nią kilkanaście osób. Ponieważ z drugiej strony Zbrucza na Podolu rosyjskiem cholera występuje ciągle (według dat urzędowych departamentu lekarskiego w Petersburgu zachorowało tamże na cholerę od 16. lutego do 1. marca s. s. 289 a umarło 84 osób), przeto zdaje się na pewno, iż do Galicyi dostała się teraz cholera z Podola rosyjskiego, najpodobniej do prawdy przez przemytników. Władze sanitarne i administracyjne galicyjskie rozwinęły czynność bardzo energiczną celem stłumienia zarazy, występującej, jak dotąd przynajmniej, bardzo łagodnie, t. j. w nieznacznej liczbie przypadków. Ażeby na każden przypadek zapewnić ludności pomoc lekarską w razie rozszerzenia się epidemii, ogłasza Namiestnictwo galicyjskie, iż lekarze pragnący działać podczas epidemii otrzymają prócz zwrotu kosztów podróży dyety po 10 zlr., które w miarę okoliczności miejscowych będą podwyższone do 15 złr. Prócz tego zwraca się uwagę, iż w myśl Najwyższego postanowienia z dnia 3. lutego 1856 r. wdowy i sieroty po lekarzach, którzy w służbie zarazili się i padli ofiarą swego powołania, mają takie samo prawo do pensyi wdowiej i dodatku na wychowanie, jak wdowy i sieroty po lekarzach zostających w służbie rządowej.

Według ostatnich wiadomości pojawiła się cholera na nowo w Lorient we Francyi, gdzie na nią umarło dotychczas kilkanaście osób.

W gubernii Tomskiej na Syberyi zachorowało na cholerę od 11. lipca do 15. grudnia 16678 osób, z których zmarło 9190. Najbardziej grasowała zaraza w samym Tomsku, gdzie zachorowało 1527 a umarło 965 osób.

Według raportu fizyka budapeszteńskiego nie ulega wątpliwości, że główną przyczyną szerzenia się cholery w tem mieście było używanie niefiltrowanej wody z Dunaju.

— W miesiącu lutym r. b. zdarzyły się w Warszawie następujące przypadki: zabójstwa 2, samobójstw 11 dzieciobójstw 3, noworodków martwych 4, nagle zmarło 15 osób, zagorzało na śmierć 2, zagorzała, lecz ocalała jedna osoba, z poparzenia zmarła jedna osoba, przejechali i zranili doróżkarze 2 osoby, wozy robocze jedną osobę, zamachów samobójczych było 6, usiłowanie dzieciobójstwa jedno, uległo kalectwu we fabrykach i zakładach 6, uległa kalectwu ze spadnienia z wysokości jedna osoba, poraniono podczas bójek 9 osób, podrzucono dzieci 6, pożarów było 4.

— Według obliczeń Dra Wiliama Rogera powiększa się stale śmiertelność z raka w Anglii od r. 1838. W roku tym przypadł jeden przypadek śmierci z raka na 140 zmarłych, w r. 1850 jeden na 74, w r. 1860 jeden na 62, w r. 1870 jeden na 54, w r. 1880 jeden na 40, w r. 1890 jeden na 28 czyli w 52 latach śmiertelność powiększyła się w czwórnasób. Tak samo stało się w Szkocyi, Norwegii, Holandyi, Prusiech, Australii. W Irlandyi przeciwnie śmiertelność z raka utrzymała się na dawnym stopniu a może nawet nieco zmniejszyła.

Zbytnie żywienie się i brak ćwiczeń ciała są zdaniem Rogera głównemi przyczynami powiększania się śmiertelności z raka.

— Doroczne zebranie francuskiego towarzystwa oftalmologicznego odbędzie się w Paryżu 1. maja r. b. Na porządku dziennym: 1) rzecz o aseptyce i antyseptyce w operacyach ocznych, referentem Noel z Leodyum i 2) o leczeniu zezu, referentem Parinaud z Paryża.

— W roku bieżącym wychodzi pism peryodycznych lekarskich w Warszawie 7, w Petersburgu 35, w Moskwie 3, w Charkowie 2 a po jednem w Dorpacie, Bryańsku, Woroneżu, Kazaniu, Kijowie, Lipecku i Czernichowie.

— Cesarstwo niemieckie ma obecnie 20 uniwersytetów, na które przeznaczyło w budżecie na rok ubiegły 14459594 marek, gdy monarchia austro-węgierska wydaje na swych 11 uniwersytetów 3606140 złr. czyli około 6000000 marek a Francya na wydziały odpowiadające zupełnie uniwersytetom niemieckim 11088064 franków czyli około 9000000 marek. Z tych trzech przeto państw najlepiej uposaża swe uniwersytety cesarstwo niemieckie. Anglii nie można z temi państwami porównywać, ponieważ tam uniwersytety a mianowicie w Cambridge, Oksfordzie, Glasgowie i Edynburgu mają bardzo znaczne majątki własne, utrzymują się prawie same i z tej przyczyny dostają ze skarbu państwa zasiłek bardzo nieznaczny, wynoszący teraz rocznie 55940 funtów szterlingów czyli koło 1000000 marek. Uniwersytety w Oksfordzie i w Cambridge nie otrzymują nawet żadnego zasiłku od państwa a mają razem wydatku 108754 funtów szterlingów czyli około 2000000 marek rocznie.

— Magistrat berliński rozpisuje konkurs na posadę dyrektora szpitala miejskiego dla chorych na padaczkę. Pensya 8000 marek, mieszkanie i opał bezpłatne. Za takie wynagrodzenie dostanie szpital niewątpliwie na dyrektora specyalistę gruntownie wykształconego, który cały odda się zakładowi a z pewnością będzie mieć jeszcze dosyć czasu, by pracować dla nauki i wyzyskać dla niej wielki materyał, który będzie mieć w swej pieczy.

— **Nekrologia.** Dr. Antoni Kukulski zmarł w Bieczu w dniu 11. kwietnia r. b. przeżywszy lat 49.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 19. kwietnia b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Sprawy administracyjne; 2) kol. prof. Obaliński pokaże przyrząd własnego pomysłu; 3) kol. prof. Gluziński będzie mówić o krwotokach płucnych i przedstawi odpowiednie preparaty.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **M. J. w R. na W.** O chorobach jamy nosowej nie mamy żadnego dzieła w języku polskim; co się zaś tyczy ginekologii, to za trzy miesiące wyjdzie z druku nakładem krakowskiego wydawnictwa dzieł lekarskich ginekologia Dra Władysława Bylickiego ze Lwowa. Pierwsze arkusze tego dzieła są już nawet wydrukowane.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do Nru niniejszego dołącza się zdanie sprawy ze Szczawnicy dla Prenumeratorów w monarchii austro-węgierskiej.

Najłatwiéj asymiluje żołądek ze wszystkich podobnych wód arsenikowo-żelazistych

Naturalna mineralna

Woda Gubera

zawierająca żelazo i arsen

ze **Srebrenicy** w Bośnii

Nadzwyczaj skuteczną okazała się woda Gubera w: 1. wszelkich chorobach, wynikających z nienormalnego składu krwi, jak anemija, chloroza. 2. w wycieńczeniu po przebyciu osłabiających chorób jak po zwykłéj zimnicy lub po malaryi. 3. w chorobach kobiecych i następstwach tychże. 4. w chorobach skóry. 5. w chorobach nerwowych. 6. w pewnych odmianach tworzenia się nowotworów (Lymphoma).

Według analizy, którą przeprowadził c. k. z. a. profesor chemii medycznéj, radca dworu Dr. Ernest Ludwig, zawiera owa mineralna woda na 10 000 części:

bezwodnika kwasu arseowego	0.061
siarkanu żelazawego	3·734

Wyłączne prawo rozsełki posiadają firmy:

HENRYK MATTONI 3—10—3

FRANCENSBAD **WIEDEN** KARLSBAD.

Tuchlauben, Mattoni-Hof.

Maximilianstrasse 5. — Wildpretmarkt 5.

Mattoni & Wille, Budapeszt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Dr. Stanisław Bulikowski

ordynuje podczas bieżącego sezonu tak jak w latach poprzednich

w GLEICHENBERGU.

Villa Höflinger Nro IV. 47—10—1

Dr. Władysław Harajewicz

b. sekundaryusz szpitala powszechnego św. Łazarza w Krakowie ordynuje w letnich miesiącach

W MARIENBADZIE

„Villa Nizza". 42—3—2

Dra Knorra Antipyrin

Marka ochronna „Lew".

(patentowany)



wypróbowany i przez powagi zalecony środek przeciw chorobom gorączkowym, bólom głowy, newralgii, kokluszom, migrenie, reumat. (pląsawicy), obrzmieniom aorty, udarowi słonecn. influenzie, grypie. Używać tylko Antipyryny Dra Knorra „Lew".

Tuberculocidin 100 prct. / „ E. 100 prct. } Prof. Klebsa.

w ilości od 2, 5 i 10 ccm. w cenie M. 5·— za ccm. Bliższe szczegóły o sposobie użycia zawiera broszura prof. Klebsa; na żądanie wysyłamy gratis.

Tuberculinum Kochii w flaszeczkach od 1 ccm. a M. 6.— we flaszeczkach po 5 ccm. a 25·— M.

Dermatol (podany do opatentowania) wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Bezwonny środek leczniczy na rany, w wielu przypadkach zastępujący jodoform.

Zewnętrznie. Dermatol jest to środek zmniejszający czynność wydzielniczą i wskutek tego działający jako środek wysuszający i przyspieszający gojenie rany. Nietrujący. Używa się w mieszaninach lub czysty.

jako przysypka: Dermatol. Amylum aa.	jako proszek do nóg Rp. Dermat. 20·0 Talc. venet. 70·0 Amyl. 10·0
Maść 10—20%.	DS. Proszek do zasypywania
Dermat. Collodium-Emulsion 10%.	Gaza Dermatolowa: 10 i 20%.

Wewnętrznie. W chorobach żołądka i jelit. Według prof. Colasanti (Rzym) najlepszy i najpewniejszy Anthidiarrhoicum nowszych czasów. — 0.2—0·5 jako proszek do 2·0 dziennie.

Agathin (podany do opatentowania). Wynalazek Dr. J. Roos. Wielokrotnie zalecany środek przeciw newralgii. Niezrównany w ischias, ze skutkiem używany w ostrych chronicznych reumatyzmach i newralgiach rozmaitego rodzaju.

Alumnol Wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Łatwo rozpuszczalny adstringo antisepticum, skuteczny na jątrzące rany, abcessy, w Endometritis gonorrhoica, zwykłym Fluor, w ostrych zewnętrznych jakoteż chronicznych zapaleniach skóry, w Otitis media. (Używa się w proszku, rozczynach, maści, plastrach i t. p.).

Jedyni fabrykanci 15—26—7

Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning, Höchst am Main.

SZCZAWNICA

zakład zdrojowo-kąpielowy i klimatyczny w powiecie Nowotarskim z 7 zdrojami silnej szczawy sodowo-słonej i sodowo-żelazistej,

skutecznie działających we wszystkich nieżytach (katarach), tak narządu oddechowego jak i narządów trawienia w długotrwałem zapaleniu płuc i rozedmie (astmie), przy wysiękach opłucnej, w początkach suchót, w chorobach dróg moczowych, w chorobach kobiecych, niedokrewności i blednicy. — **Znakomita górska stacya klimatyczna** z orzeźwiającem powietrzem. Kuracya mleczna, żętyczna i kefirowa. Pierwszorzędna **wziewalnia** solankowa i balsamiczno-igliwiowa. Zakład wodoleczniczy, kąpiele mineralne i rzeczne w bystrym Dunajcu. Wszelkie urządzenia postępowe, 1200 pokoi dla gości, niektóre z kuchniami. W I. sezonie do 20. czerwca i w III. po 20. sierpnia oraz w porze jesiennej i zimowej mieszkania zakładowe o ⅓ część tańsze przy najmie dziennym. W sezonie II. uwolnienia od taksy zniesione. 44—10—2

Lekarz zakładowy Dr. Wł. Ściborowski i 7 innych lekarzy udzielają chorym porady, Ze wszystkich linij kolejowych dojazd do stacyi w Starym Sączu, skąd drogą malowniczą wśród gór nad Dunajcem, 41 kilom. do zakładu (5 godzin jazdy, odpoczynek w Łącku). — Pocztowóz, powozy i wózki według taksy. — Wody ze zdrojów Józefiny, Magdaleny i czystej szczawy Jana na głównym składzie H. Mattoniego w St. Sączu, we wszystkich aptekach i handlach wód mineralnych. — Prospekta rozsyła opłatnie i *zamówienia na mieszkania* przyjmuje **Zarząd Górnego Zakładu** *F. Wiśniewski.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 22. Kwietnia 1893. Nr. 16.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

Obrzmienie wodniste błony śluzowej pojawić się może obok wrzodów, ropni, kilaków lub po większych operacyjnych zabiegach w tchawicy. Widziałem je niejednokrotnie po użyciu galwanokauteru w tchawicy w postaci półokrężnego lub okrężnego wzniesienia na jej ścianach, o barwie różowej, z przejrzystością właściwą obrzmiałej błonie śluzowej. Leczenie polega na usunieniu przyczyny; obrzmienie zaś reakcyjne przechodzi w parę dni samo przez się. Jeżeli jednak stopień obrzmienia jest taki, że mógłby wzniecać obawy; w takim razie najlepiej założyć rurkę dłuższą, która zwężone miejsce rozepchnie a tem samem usuwa niebezpieczeństwo. Jeżeli po użyciu galwanokauteru w tchawicy obawiamy się wystąpienia większego obrzmienia, najlepiej odrazu założyć dłuższą rurkę. Wystarczą tu w zupełności kawałki kateterów lub rurek gardzielowych; ucisk bowiem, jaki obrzmienie wywiera na rurkę, jest bardzo mały. Muszę tu wspomnieć o jednym przypadku, który mi się wydarzył w mojej praktyce a który przedstawia coś tak niezwykłego, że zasługuje ze wszech miar na wzmiankę. Była to kobieta wieku niżej 30 lat, u której z powodu zapalenia ochrzęstnej krtani przy wrzodach kiłowych powstałego wykonałem tracheotomię. Oddech po tracheotomii był lekki, jednak uważałem, że przy nachyleniu kaniuli ku dołowi nieco się utrudniał. Będąc wówczas sędzią przysięgłym, przez cztery dni po operacyi nie mogłem widzieć chorej. Piątego dnia dowiedziałem się, że chora dnia poprzedniego narzekała na duszność, że jej z tego powodu kaniulę wyjęto, przy ponownem jednak założeniu nie dała się ona całkowicie wsunąć w tchawicę. Chorą zastałem w stanie bardzo wielkiej duszności. Wyjąłem więc kaniulę, którą znalazłem nie w tchawicy, lecz przed nią i założyłem wziernik, za pomocą którego zobaczyłem dopiero guz na tylnej ścianie tchawicy, prawie w samej jej górze usadowiony i ścieśniający światło jej tak, że go dojrzeć nie mogłem. Wsunąć wziernika głębiej (między guz a przednią ścianę tchawicy) nie zdołałem, nie mogłem również przeprowadzić kaniuli Königa. Dopiero z trudem, wśród największego duszenia się chorej, udało mi się wprowadzić dość głęboko rozwieracz i z jego pomocą przeprowadzić rurkę Königa. Oddech jednak pozostał ciężki a mianowicie wydech utrudniony. Rurka Königa zaopatrzona była w otwory boczne, które zatem coś na ścianach tchawicy znajdującego się przytykać musiało. Wyjąwszy kaniulę chciałem ponownie wprowadzić wziernik, lecz również bezskutecznie. Chora wśród tego straciła oddech zupełnie. Wprowadziłem znów z pomocą rozwieracza kawałek kateteru i zabrałem się z pomocą dwóch obecnych lekarzy do sztucznego oddechania. Chora przyszła do siebie, oddech jednak zawsze był tak utrudniony, że nie mogłem bez poważnej obawy zostawić jej w tym stanie. Kateter wsuwałem głębiej i wysuwałem wyżej w tchawicy próbując, czy nie natrafię na miejsce, gdzieby oddech był lżejszym; wszędzie atoli pozostawało jednakie utrudnienie i to podobnie, jak przy kaniuli Königa, głównie wydechu dotyczące. Po płytkim mianowicie a utrudnionym wdechu następował więcej jeszcze utrudniony wydech, który trwał krótko i zaraz ustawał. Widocznem było, że pod rurką znajduje się jeszcze jakaś rozległa przeszkoda dla oddechu, która przytem musi być nieco ruchomą, skoro podczas wydechu zatyka koniec kateteru i to w różnej głębokości. Nie mogłem tu myśleć o zgnieceniu kateteru przez guz tylnej ściany, gdyż takie same objawy były i przy kaniuli Königa; wreszcie przy wysuwaniu kateteru (a później po wyciągnięciu zupełnem) ugniecenia takiego wcale znać nie było. Gdyby oddech w tym stanie wystarczał jako tako, byłbym pozostawił chorą z kateterem, nie ufając skutkowi dalszych zabiegów; widząc jednak, że chora długo w takim

stanie wytrzymać nie może, postanowiłem znowu próbować, czy mi się nie uda przecież wprowadzić wziernika do tchawicy i przezeń zobaczyć a może i usunąć przeszkodę oddechu. Rachowałem, że gdy kateter chwilę pobędzie w tchawicy, wygniecie na guzie tylnej ściany rynienkę, po której, zaraz po wyjęciu kateteru, łatwiej wprowadzić będzie można konieczny wziernik. Przeczekałem więc czas jakiś i wyjąwszy kateter zaraz próbowałem wprowadzić wziernik do tchawicy, ale ani wprost, ani z pomocą rozwieracza nie było to możebnem. Podczas tych prób, które równie jak i poprzednie trwały bardzo krótko, chora straciła znowu oddech; założyłem więc natychmiast przy pomocy rozwieracza kateter i znowu podjęto sztuczne oddechanie. Jakkolwiek tym sposobem dawało się wciągać powietrze do płuc, to jednak wypchnąć go było już nie podobna albo tylko odrobiny wydostawały się. W końcu dalsze sztuczne oddechanie nagle zatamowało się; powstała bowiem odma obustronna (*pneumothorax bilateralis*). Sekcya wykazała oprócz odmy piersiowej obustronnej i zmian kiłowych w krtani powyżej wspomnianych krótką sztuczną drogę przed tchawicą. W tchawicy na tylnej ścianie guz kilakowy podłużny, który jednak na trupie zostawiał jeszcze dość miejsca pomiędzy sobą a przednią ścianą tchawicy. Od spodu guza ciągną się podłużne, różowe, obrzękłe fałdy wzdłuż całej tylnej ściany tchawicy i obu oskrzeli głównych aż do ich końca. Fałdy te zajmują całą tylną ścianę tchawicy i głównych oskrzeli; pomiędzy niemi znajdują się wązkie brózdy. Wielkość tych fałdów nie jest jednak taka, żeby zwężała światło tchawicy lub oskrzeli. Porównywając wynik sekcyi z objawami za życia przyjąć musimy, że fałdy te wypełniać musiały daleko więcej światła tchawicy za życia, niż po śmierci, podobnie jak i kilak, który za życia stanowczo przedstawiał się większy, niż po śmierci. Jest to wreszcie znane, że obrzmienie błony śluzowej, zwłaszcza w krtani i tchawicy po śmierci znacznie się mniejsze przedstawia, niż za życia. Że zaś za życia znaczny stopień zwężenia tchawicy istnieć musiał wzdłuż całego jej przebiegu, dowodzi tego ta okoliczność, że tak przy kaniuli Königa, jak i przy kateterze i to do różnej głębokości wprowadzonych oddech stale był utrudniony. Tylko więc te fałdy biegnące wzdłuż całej tchawicy i oskrzeli zwężenia tego mogły być przyczyną. Pod tym zaś względem dwa przypuszczenia są możebne: 1) fałdy mogły istnieć już dawniej a obrzękłszy następnie mogły sprowadzić zwężenie w całej tchawicy, po śmierci zaś pozostał tylko ślad byłego obrzmienia. 2) obrzmienie powstało jednostajne na całej tylnej ścianie tchawicy i wywołało to jej zwężenie, po śmierci zaś obrzmienie to, jak zwykle, zmniejszyło się, zmniejszenie jednak najwybitniej wystąpiło wzdłuż włókien sprężystych, które, jak wiadomo, przebiegają w smugach podłużnych wzdłuż tylnej ściany tchawicy i oskrzeli; nad niemi więc wytworzyły się brózdy a fałdy pozostały tylko jako reszty obrzękłej jeszcze nieco błony śluzowej pomiędzy temi smugami. Ten przebieg włókien błony sprężystej musiał tu mieć bezwarunkowo wpływ, czy to na wytworzenie się fałdów za życia, czy po śmierci czy też na jedno i drugie. Bardzo być może, że za życia te same, tylko więcej obrzękłe fałdy już istniały, ale może na jednostajnie wzniesionej przez obrzmienie błonie śluzowej tylnej ściany. To przypuszczenie najlepiejby nam tłómaczyło owo tamowanie się nagłe wydechu, jakby przez jaką zastawkę, które utrzymywało się tu ciągle, obok utrudnienia wdechu. Mechaniczne drażnienie, nieodzowne podczas badania, zakładania kateteru itp. musiało zwiększyć istniejący już obrzęk tak, że w końcu nawet sztuczne oddechanie wyprzeć nie mogło powietrza z płuc a doprowadziło tylko do pęknięcia obu płuc i dostania się powietrza do jam opłucnych.

Ropień tchawicy będziemy widzieć przez wziernik tchawiczy podobnie jak w laryngoskopie, jako guz zaczerwieniony, wpuklony w światło tchawicy. Przez wziernik można go pod kontrolą wzroku naciąć nożykiem krtaniowym stósownie odgiętym. Wobec niepewności rozpoznania radziłbym zawsze poprzednio zrobić punkcyę próbną za pomocą strzykawki. Bardzo ku temu celowi odpowiednie będą strzykawki, jakich używam do miąższowych wstrzykiwań kokainy w nosie. Może się też przydarzyć przypadkowe otwarcie ropnia podczas zakładania kateteru lub rurki Königa.

Podobnie jak ropień przedstawi nam się kilak tchawicy, jako okrągławe wzniesienie na jednej z jej ścian; barwa wzniesienia może być różna, stósownie do towarzyszącego mu obrzmienia i przekrwienia, bledsza lub ciemniejsza. Przez przesuwanie się obrzmienia na ściany sąsiednie może i forma guzowata nie być wcale wyraźną. Leczenie polega na rtęci i jodzie, których z całą energią użyć należy. Jeżeli zwężenie jest większe, trzeba założyć dla bezpieczeństwa dłuższą rurkę; w razie niezbyt ciężkiego jednak oddechu należy tego unikać, aby niepotrzebnie nie drażnić kilaka mechanicznie. Podobneż postępowanie jest na miejscu we wrzodach kiłowych. We wrzodach półokrążnych lub okrążnych należy podczas gojenia się ich przez założenie rurki stósownie długiej a, o ile można szerokiej, zapobiegać powstaniu następowego bliznowatego zwężenia. Dobrze jest dla bezpieczeństwa rurki takiej używać nawet przez dłuższy czas po zagojeniu, zwłaszcza po rozleglejszych wrzodach. Wrzody gruźlicze, jeżeli sprawiają zwężenie, wymagają użycia dłuższych rurek. Są one też przez wziernik dostępne dla miejscowego leczenia. Wrzody odleżynowe, jakie występują mianowicie u dzieci, operowanych z powodu krupu, czasami poniżej końca kaniuli, wymagają przedewszystkiem założenia dłuższej rurki (kawałka kateteru), choćby nie sprawiały wcale zwężenia. W ten sposób usuwa się przynajmniej przyczynę wywołującą je i podtrzymującą nadal. Wrzody takie głównie na przedniej ścianie tchawicy dochodzą do większych rozmiarów; na podatnej ścianie tylnej przychodzi do powierzchownych zwykle tylko obtarć i owrzodzeń a ztąd nieraz do wytworzenia granulacyj. Pierwsze są skutkiem za bardzo, drugie za mało zagiętej kaniuli.

Przerost błony śluzowej, który, jak wyżej wspomniano, najczęściej trafia się na tle ropotoku Störka, sprawiać może bardzo nawet znaczne zwężenie tchawicy. Stan taki wymaga przedewszystkiem założenia rurki dłuższej, któraby nie dopuszczała zwiększenia się zwężenia. Kawałki kateteru lub rurek gardzielowych zupełnie celowi temu odpowiadają. Stopniowo używać możemy coraz grubszych rurek, aż doprowadzimy do zupełnego rozszerzenia zwężenia. Jeżeli zwężenie nie jest jeszcze zbyt wielkie, można rurki takie pozostawiać w tchawicy na 1—2 godzin dziennie a pozatem używać zwykłej kaniuli. Kilkakrotnie obok takiego leczenia (dylatacyjnego) używałem także ostrej łyżeczki wyskrobując części przerosłe. Szczególniej nadają się do tego nieregularne formy przerostu, gdzie powierzchnia jest nierówna jakby guzkowata. Nie należy naraz wyskrobywać zbyt dużo, lecz systematycznie powtarzać wyskrobywanie w różnych miejscach,

i o ile się to da, szerszą rurkę zakładać zaraz po wyskrobaniu. Zwykła ostra łyżeczka, nieco podłużna, na prostym trzonku stósownej długości osadzona, odpowiada zupełnie swemu celowi i da się bardzo łatwo użyć przy wzierniku. Wspomnieć tu też winienem o formach pokrewnych przerostowi błony śluzowej, jakie czasem sprawia kaniula przez drażnienie swym wolnym końcem. Zrazu sprawia ona obrzmienie błony śluzowej, które występuje w postaci grubego fałdu półksiężycowatego, najczęściej usadowionego na ścianie przedniej i na boczne przechodzącego, albo w postaci dwóch fałdów na obu ścianach bocznych, pomiędzy któremi pozostaje szpara eliptyczna. Po dłuższem trwaniu obrzmienia przychodzi do rozrostu tkanki łącznej wśród rzeczonych fałdów a więc i do przerostu błony śluzowej. Czasem obok takich fałdów znajdziemy i przerosłe granulacye, najczęściej na ścianie tylnej tchawicy. Podobne zmiany powstają także często ponad kaniulą skutkiem drażnienia błony śluzowej brzegami jej okienka. Tutaj granulacye najczęściej z przodu występują; mogą jednak rozszerzać się na ściany boczne krtani lub naokoło wewnętrznego brzegu przetoki. Owe fałdy występują głównie na ścianach bocznych jako dwie grube listewki, albo się łączą z przodu w jeden gruby fałd półksiężycowy. Dolny brzeg okienka nie zwykł na tylnej ścianie tchawicy wywoływać granulacyi, lecz przerost błony śluzowej w postaci raczej płaskiego wzniesienia o nierównej powierzchni. Wszystkie wybujałe granulacye usuwać należy przez operacyą; owe zaś fałdy pod kaniulą najlepiej można usunąć przez używanie rurki dłuższej i, o ile tylko można, szerokiej przez 1—2 tygodni zamiast kaniuli. Listwowate wzniesienia nad okienkiem kaniuli, równie jak owo wzniesienie tylnej ściany tchawicy najlepiej dadzą się usuwać galwanokauterem. (Dok. nast.)

II. Trzy przypadki jednostronnego porażenia zdziergacza źrenicy i mięśnia rzęskowego (*Paralysis m. sphinct. pup. et m. ciliaris*).

Podał

Dr. A. Szulisławski,

okulista we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 15.)

II. Drugi przypadek tyczy się porucznika p. L. Mężczyzna średniego wzrostu, dobrze zbudowany i odżywiony, lat 25, pochodzi z rodziny zdrowej, żadnych ważniejszych chorób nie przebywał, kiłą dotkniętym nie był. Podaje, że przed kilku dniami spostrzegł nierówność obydwu źrenic a mianowicie, że prawa jest szerszą. Widzi rzekomo dobrze, żadnych dolegliwości nie doznaje, czuje się zupełnie rzeźwym i zdrowym. Nie umie też dokładnie oznaczyć, kiedy to rozszerzenie źrenicy powstało; przyczyny wcale się nie domyśla.

Stan obecny: Zewnętrzne części oka prawidłowe. Powieka górna dobrze ruchoma, szpary powiekowe na obydwu oczach równej szerokości i długości. Ruchomość gałki we wszystkich kierunkach nienaruszona. Źrenica prawa o $1\frac{1}{2}$ mm. szersza od lewej (pr. średn. $= 4\frac{1}{2}$ mm.; l. średn. $= 3$ mm.), na światło oddziaływa: wprost — bardzo słabo: współczulnie — prawie niewidocznie; przy zbieżności osi słabo, ale wyraźnie.

W pr. o. $= {}^6/_6$; to samo za pomocą $+ 0{\cdot}5$ D. Sn 0·5 w odległości 35 cm. mozolnie i przez bardzo krótki czas; z $+ 3$ D. Sn 0·5 p. pobl. 17 cm. (z łatwością).

W l. o. $= {}^6/_6$ szkła wypukłe pogarszają Sn 0·5 p. pobl. 16 cm.

Środki łamiące i dno wziernikiem ocznym badane, przedstawiają się zupełnie prawidłowo.

W przypadku więc tym istniał według wyniku badania niski stopień $H = 0{\cdot}5$ D, zarazem niemożność czytania z bliska. Ponieważ bystrość wzroku była prawidłowa (czyta ${}^6/_6$) i był tylko bardzo niski stopień nadmiarowości (*hypermetropia*), który w żaden sposób nie mógł tłómaczyć tej nieprawidłowości (pacyent liczy 25 lat, o presbyopii mowy więc niema), przeto przyczyna niemożności pracy w pobliżu tem okiem musiała tkwić w ubytku akomodacyi. Za pomocą formułki: $A = P - R$ (gdzie A oznacza siłę akomodacyjną, P kres pobliża, R kres dali wzrokowej), można z łatwością obliczyć, czy i jaki mieliśmy w naszym przypadku ubytek akomodacyi. $P = 17$ cm., co wyrażone w dioptryach wynosi 6 D; $R = -0{\cdot}5$ D, ponieważ soczewka wypukła znosząca H jest wyrazem kresu dali wzrokowej, oznaczonego w dioptryach. Ztąd $A = 6\ D - (-0{\cdot}5\ D) = 6{\cdot}5$ D. Ponieważ atoli kres pobliża znaleźliśmy przy pomocy $+ 3$ D, musimy przeto odciągnąć je od obliczonej wartości a wtedy otrzymamy: $A = 6{\cdot}5\ D - 3\ D = 3{\cdot}5$ D. A skoro w 25 roku życia winno być $A = 9$ D (średnio według obliczeń Dondersa), więc siła akomodacyjna wynosiła w naszym przypadku o 5·5 D mniej, niż wynosić powinna.

Stósownie do wyników tego badania wypadło rozpoznanie: niedowład zdziergacza źrenicy i akomodacyi o. pr. (*Parcsis sphinct. pup. et accomodationis oc. d.*).

Jeśli i w tym przypadku, szukając umiejscowienia i przyczyny cierpienia, postępować będziemy za tokiem myśli, rozwiniętych w roztrząsaniu przypadku poprzedniego, doprowadzą nas one drogą konsekwencyi do przypuszczenia, że przyczyna w tym przypadku jest ośrodkową i że musi tyczyć się dwu przednich jąderek, jądra nerwu okoruchowego. Jaka zaś jest istota cierpienia, musi, dla braku jakichkolwiek danych, na razie pozostać nierozstrzygniętem.

Chorego niniejszego w krótkiej tylko miałem obserwacyi i leczeniu; udał się bowiem do Wiednia, gdzie rozpoznanie powyższe potwierdził prof. Fuchs.

III. W ostatnich dniach miałem sposobność badania trzeciego podobnego przypadku. P. K., dziennikarz, lat 33, od 7-miu lat żonaty, ma troje zdrowych dzieci. Kiły ani też żadnych innych cięższych chorób nie przebywał. Zawsze atoli był nerwowym, które to cierpienie w ostatnich kilku latach znacznie się spotęgowało. Przed $3\frac{1}{2}$ laty powstało u niego, bez żadnych innych towarzyszących dolegliwości, rozszerzenie źrenicy i niezdolność czytania lewem okiem Z porady lekarskiej zażywa od owego czasu jodek potasu (6:200), co kilka tygodni jedną flaszkę i wkrapla do oka lewego pilokarpinę, która tylko przemijający wywiera skutek. Stan taki trwa od $3\frac{1}{2}$ roku, bez zmian, żadnego polepszenia, ani też pogorszenia chory nie dostrzegł i to nie tylko w swym wzroku, ale także w stanie ogólnym. Ostatni nawet, od czasu (t. j. kilku miesięcy) jak używa nacierań zimną wodą, bardzo znacznie się poprawił.

Stan obecny przedstawia się jak następuje: Szpary powiekowe obydwu oczu równej szerokości. Lewa gałka zbacza nieco ku zewnątrz, jest jednak dobrze we wszystkich

kierunkach ruchoma. Źrenica lewa rozszerzona, średnica jej wynosi 6½ mm., zupełnie nieruchoma.

W pr. o. = $^6/_{36}$; Sn 0·5 (od 20—55 mm.) — 1·25 D = $^6/_6$.

W l. o. = $^6/_{18}$; + 0·75 D. = $^6/_6$ Sn 0·5 z + 5 D p. pobl. 22 cm.

Dno oka prawidłowe.

Budowa twarzy niesymetryczna. Lewa połowa w ogóle nieco mniejsza, jednak kość licowa bardziej wystaje niż po stronie przeciwnej, łuk licowy również wyraźniej występuje, skutkiem czego powstaje dołek nad łukiem i pod nim wybitnie zarysowany. Z nerwów twarzowych żaden nie uległ porażeniu, ani niedowładowi, natomiast język zbacza nieco na stronę prawą, podobnie języczek bardzo nieznacznie ku prawej stronie nachylony. Połykanie i mowa prawidłowe. Odruchy ścięgniste wszystkie wybitne, kolanowy wyraźnie zwiększony. Zmian w czuciu, o ile z powierzchownego badania sądzić można, niema.

Rozpoznanie takież, jak w dwu poprzednich przypadkach, w tem o tyle tylko odmienne, że tu porażenie mięśni śródocznych wikła się z zezem rozbieżnym w tem samem oku. Ponieważ atoli ruchomość gałki we wszystkich kierunkach jest prawidłowa, niepodobna tego zezu kłaść na karb porażenia albo niedowładu mięśnia prostego wewnętrznego, równorzędnego z porażeniem mięśniów śródocznych a zgadza się z tem i podanie chorego, że zezu w początkach choroby nie dostrzegł a podwójnego widzenia nie ma i nie było. Raczej należy go uważać za następstwo porażenia akomodacyi i powstałej skutkiem tego niemożności dokładnego widzenia z bliska lewem okiem.

Uwzględniając to, cośmy wyżej powiedzieli, ze względu na oba poprzednie przypadki, musimy się w ostatnim domyślać przyczyny ośrodkowej. Popiera i wzmacnia to przypuszczenie uporczywe i stałe utrzymywanie się porażenia. Dziwnem się tylko to wydaje, że tu po tak długiem, bo 3½ roku trwającem cierpieniu, żadne cięższe i dalej sięgające zmiany dotychczas nie wystąpiły. Na pytanie dlaczego? — dziś odpowiedzieć niepodobna. Można tylko zrobić mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia, które sprawy bynajmniej nie rozwikłają i dlatego pomijamy je tu milczeniem.

W braku anatomicznych oględzin, skutkiem łatwych do zrozumienia trudności otrzymania odnośnego materyału patologiczno-anatomicznego, mogłoby się wielce przyczynić do rozświetlenia przynajmniej klinicznego przebiegu i zejścia a więc i rokowania w podobnych razach, dokładne zestawienie większej ilości przypadków, przez czas dłuższy od początku do końca obserwowanych, tem bardziej, że dotychczas nigdzie, ile nam wiadomo, przedmiotu tego z tego punktu widzenia nie poruszono ani też nie przedstawiono.

Miło nam w tem miejscu złożyć szczere podziękowanie p. Dr. Machekowi, prymaryuszowi oddz. oczn. w szpitalu we Lwowie, który ofiarowaniem swego obfitego z lat kilkunastu materyału, przedsięwzięcie to znakomicie ułatwia.

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15.)

W bliskim związku genetycznym z pracą Thomy, chociaż różne przedmiotem badań, zostają spostrzeżenia Steinhausa[1]) co do obecności wewnątrz jąder komórek nabłonkowych przewodu pokarmowego salamandry pasorzyta z rodzaju *coccidium*, któremu dał nazwę *karyophagus salamandrae*. Stopniowe okresy rozwoju tego drobnoustroju, jego podział i tworzenie zarodników w jądrze komórek nabłonkowych, opisał Steinhaus, co przyspieszyło zjawienie się pracy Thomy.

Nils Sjöbring[2]) zalicza twory spostrzegane przez siebie w komórkach rakowych, głównie w raku sutka, do grupy *microsporidia*: są to ciała małe, jednolite, bez jądra i otoczki, leżące w pierwoszczu komórki. zwykle w sąsiedztwie jądra, które odsuwają na brzeg i uciskają. Osobniki większe bywają nieco ziarniste, gdyż zawierają cząsteczki chromatyny, pochodzące z jądra komórki; mniejsze twory spostrzegał on pojedynczo lub po kilka razem w jądrze komórek, otoczone wązkim paskiem światłym — okoliczność, zdaniem autora, ważna dla odróżnienia tworów tych od jąderek, prawidłowo znajdujących się w jądrze. W pewnym okresie wzrostu pasorzyta następuje jego podział; nowoutworzone zarodniki zostają otoczone wspólną torebką, tworząc t. zw. *sporocystis*; z zarodników wytwarzają się nowe indywidua, które w dalszym ciągu mogą przenikać w komórki tkanki i wywoływać dalsze zmiany nowotworowe.

Z pomiędzy prac autorów angielskich odnieść tu należy spostrzeżenia Ramsay Wrighta[3]) i Russela[4]). Pierwszy z nich opisał postacie drobnoustrojów w rakach, zupełnie zgodne z przytoczonemi powyżej Pfeiffra, Thomy i Malasseza, przeciwnie zaś Russel opisane przez siebie twory drobnoustrojowe, pod nazwą „ciałek fuksynowych“ zalicza do klasy grzybków drożdżowych. Są to małe twory okrągłe, wielkości 4—12 mikromilim., jednostajne, barwiące się mocno fuksyną karbolową na czerwono i układające się w grupy lub szeregi po kilkanaście. Mieszczą się one zwykle wewnątrz komórki, rzadziej w jądrze a nawet niekiedy na zewnątrz pomiędzy komórkami. Obecność ciałek tych wykazał Russel w 43 przypadkach raka, lecz znajdywał je, chociaż rzadko, i w innych tkankach patologicznych *(sarcoma, gumma, ulcus cruris)*.

Oprócz rozmaitych postaci nowotworów rakowych, przedmiotem badań była jedna z zagadkowych postaci chorób skóry, opisana po raz pierwszy w roku 1874 przez J. Pageta i odtąd znana pod nazwą „choroby Pageta“. Według jego opisu cierpienie to spotyka się u kobiet pomiędzy 40. a 60. rokiem życia i rozpoczyna się na brodawce piersiowej i otaczającej skórze sutka: skóra czerwieni się, obrzęka, zewnętrzna warstwa rogowa pęka, obnażając warstwę brodawkową, z której wydziela się płyn surowiczy. Ogólny zatem obraz kliniczny odpowiada przebiegowi wyprysku przewlekłego (*eczema chronicum*), lecz różni się tem, że w późniejszych okresach przechodzi w sprawę nowotworowo-rakową. Cierpienie to nie daje się usunąć żadnemi lekami, lecz tylko drogą operacyjną; pomimo tak przewlekłego przebiegu na-

---

[1]) Karyophagus salamandrae, eine in den Darmepithelzellkernen parasitisch lebende Coccidie. (Virch. Archiv. T. 115. 1889).

[2]) Ein parasitärer, protozoënartiger Organismus in Carcinomen. (Fortschr. der Med. 1890, VIII).

[3]) The pathogenic protozoa. Toronto 1890.

[4]) An adress on a characteristic organism of cancer. (Brit. med. journ. 1890).

rząd gruczołowy limfatyczny nigdy prawie nie bywa zajęty. Co się tyczy stosunku tej sprawy do innych spraw chorobowych, to sam Paget uważał ją za postać zupełnie odrębną, samoistną, różniącą się zarówno od raka, jako też i od wyprysku przewlekłego. — Inne zupełnie stanowisko zajęli w sprawie tej Wickham[1]) i Darier[2]). Pierwszy z nich w monografii swej na podstawie danych z literatury i własnych 6 spostrzeżeń określa chorobę Pageta, jako sprawę niewątpliwie zakaźną (*psorospermose cutanée*), zależną od obecności w tkankach pasorzyta, należącego do rodzaju *sporozoa*. Najczęściej rzeczywiście dotkniętą bywa skóra sutków, zdarza się jednak i w innych miejscach ustroju, jak w skórze moszenu (*scrotum*). Pasorzyt, dostawszy się wewnątrz komórek nabłonkowych skóry, wzrasta, rozmnaża się i tworzy sporocystę, z której oddzielne zarodniki rozchodzą się naokoło w tkankę, zakażając coraz nowe i głębiej leżące części skóry. Cierpienia tego nie zalicza Wickham do raków, lecz ostatni może częstokroć komplikować jego przebieg. Obydwaj ci autorzy podają, że te drobnoustroje umieszczone w wilgotnym piasku okazywały znaki życia w ciągu czternastu dni, jednakże ich hodowli nie udało się otrzymać żadnemu z nich.

Żywe zainteresowanie obudziła sprawa znaczenia tworów śródkomórkowych w rakach na X-tym zjeździe międzynarodowym w Berlinie. W wygłoszonych tam odczytach zarówno jak w dyskusyach przebija już większy krytycyzm, niekiedy znaczna doza sceptycyzmu w ocenianiu tych spostrzeżeń, które z taką stanowczością co do ich znaczenia podawały przytoczone prace.

Opierając się na ogromnym stósunkowo materyale 200-tu zbadanych przypadków raka najróżnorodniejszego pochodzenia podaje Siegenbeek van Heukelom[3]) następujące typy spostrzeganych tworów międzykomórkowych: kule wielkie, czasem nieco owalne, mieszczące się zawsze wewnątrz komórek, składające się z pierwoszcza i jądra, które dobrze barwi się karminem; posiadają niekiedy kontur podwójny i wielkością zwykle przewyższają wymiary zwykłej komórki nabłonkowej. Spotkać je można w rozmaitej ilości, to tylko oddzielne osobniki, to znów całemi grupami i w różnych postaciach raka; najładniej występują w rakach gruczołowych. Nie można ściśle jeszcze określić, w jakiej części nowotworu mieszczą się one najobficiej; tak n. p. w rakach pierwotnych mało ich jest w miejscu największego bujania, lecz w znacznej ilości znajdują się w okolicy zrogowaciałych kul raka skórnego (*Krebsperlen*); przeciwnie często całemi masami występują w przerzutach. W ogóle mówiąc kształty ich i zachowanie się są tak odrębne, że nie można przypuszczać, aby to być miały produkty zwyrodnienia komórek. Autor zaznacza wielkie ich podobieństwo do tworów, opisanych jako *sporozoa* przez Wickhama i Sjöbringa[4]). W niektórych przypadkach raka nie znajdywał autor tych kul; były to przeważnie drobnokomórkowe raki pierwotne, w których za to wykryć było można małe kulki, nie barwiące się karminem, lecz eozyną, leżące w pierwoszczu komórki lub czasem w jądrze. Inny rodzaj stanowią małe kule, bardzo mocno łamiące światło, nie barwiące się, przylegające zawsze do jądra; to ostatnie w miarę powiększania się kuli ulega coraz bardziej uciskowi tak, iż wreszcie przemienia się w wązki pasek chromatyny na boku kulistego tworu. Już prędzej te twory możnaby uważać za skutek zwyrodnienia komórek, lecz w niezgodzie z takiem przypuszczeniem zostaje okoliczność, że spotkać je można najczęściej w miejscach rozrostu nowotworu, gdzie niema sprawy rozpadowej lub degeneracyjnej. Oprócz wymienionych tworów opisuje S. v. Heukelom ciała chromatynowe, przypominające wejrzeniem leukocyty o zniekształconem jądrze; znajdują się one najczęściej w wolnej przestrzeni (*vacuola*), w pierwoszczu (*protoplasmie*) komórki nabłonkowej. Nie można było jednakże wykryć postaci przejściowych pomiędzy niemi a leukocytami, z drugiej zaś strony tworów tych nie bywa przy jednoczesnym mocnym nacieku zrębu (*stroma*) łącznotkankowego raka a występują znów obficie w zupełnym braku tego nacieku (*infiltratio*). Ostatni wreszcie rodzaj spostrzeganych tworów są to małe ciałka, mocno błyszczące, robiące wrażenie kropel, leżące w rozmaitej wielkości i ilości zarówno wewnątrz komórek rakowych, jak i pomiędzy niemi a nawet w zrębie raka. W końcu zadaje sobie v. H. dwa pytania: 1-o co to są za twory, 2-o czy mogą one mieć jakie znaczenie w sprawie atypowego bujania nabłonka.

Co do pierwszego autor z wielką oględnością skłania się do przyjęcia opisanych tworów za drobnoustroje z grupy pierwotniaków, chociaż zastrzega ostatnie słowo w tym względzie zoologom; drugie pytanie pozostawia nierozstrzygniętem, uważając za pożyteczniejsze zostawienie kwestyi otwartą wobec braku podstaw faktycznych, niż budowanie fantastycznych przypuszczeń. (C. d. n.)

[1]) Maladie de la peau, dite maladie de Paget. Thèse de Paris 1890.

[2]) Sur une nouvelle forme de psorospermose cutanée ou maladie de Paget (Annales de derm. et de syph. 1889).

[3]) Intracelluläre Gebilde bei Carcinom. (Verhandl. des X intern. med. Congr.).

[4]) Patrz wyżej.

Terapia.

A. Herrmann: O nowym sposobie leczenia kamicy nerkowej gliceryną.

Okoliczność wykryta przez Horbaczewskiego, Colosantisa i Catillona, że gliceryna rozpuszcza kwas moczowy a zadana wewnętrznie przechodzi bez zmiany do moczu, naprowadziła autora na myśl spróbowania terapeutycznie tego środka w kamicy nerkowej. Jakoż użył go u 14 chorych a u 10 z nich odeszły piasek lub kamienie moczowe dochodzące do wielkości nawet bobu. Jeżeli tylko przewód pokarmowy był zupełnie w porządku, nie widział autor żadnego szkodliwego działania po znacznych nawet dawkach gliceryny, wynoszących zwykle od 50 do 100 cm. sz.; pojawiało się tylko znaczne pragnienie, palenie, pieczenie i świdrowanie w okolicy nerek, niekiedy przybierające podobieństwo do kolki nerkowej. W moczu można było wykazać glicerynę po 3 godzinach (mocz taki rozpuszcza nds miedzi w znacznej ilości w próbie Trommerowskiej nie odkwaszając go jednak przez gotowanie na ndsek); po 20 godzinach zaś całkiem jej już tam nie było. Równocześnie z gliceryną przepisywał autor chorym picie wody karlsbadzkiej.

Ażeby się dowiedzieć, w jaki sposób działa gliceryna, zrobił autor rozmaite doświadczenia. Naprzód przekonał się, że czysty sproszkowany kwas moczowy rozpuszcza się łatwo w glicerynie, która jednak nie działa nawet po gotowaniu przez pół godziny na kamienie nerkowe, choćby wielkości tylko soczewicy. U królików gliceryna w dawkach dużych powiększa bardzo znacznie wydzielanie moczu. Dlatego przypuszcza autor, że działanie gliceryny w kamicy nerkowej jest raczej fizyczne, niż chemiczne.

(Jeżeli się używa równocześnie dwóch środków, nie można na pewne wiedzieć, ile działania przypisać jednemu a ile drugiemu. Dlatego zdaniem naszem doświadczenia terapeutyczne Herrmanna nie rozstrzygają o działaniu gliceryny w kamicy nerkowej. *Przyp. sprawozd.*). (*Prager med. Wochschr. 47. 48. 1892*). *D.*

Higiena.

Wągry i włośnie (trychiny) u bydła.

Według zestawienia statystycznego co do bicia bydła w rzeźniach monarchii pruskiej w czasie od 1. kwietnia 1891 po koniec marca 1892 zachodzą pod względem trafiania się włośni i wągrów w różnych obwodach znaczne różnice.

W Szlezwiku przypada jedna świnia włośniowata na 11350 sztuk, w Prusiech zachodnich, wschodnich, na Pomorzu, w Poznańskiem, na Szlązku i w Brandenburskiem 1 na 1768 a w Kasselskiem na 3280.

Co do obwodów rejencyjnych, to w Opolskiem 1 na 5244, w Lignickiem i Koźlińskiem (na Pomorzu) 1 na 3000,

w Berlinie, Poczdamie, Frankfurcie, Wrocławiu 1 na 2000 do 2200, w Królewcu na 1300, w Gumbinnen 1 na 750, w Bydgoszczy na 539, w Marienwerder na 522 a w Poznańskiem na 170 świń.

Z 796 świń włośniowatych, które znaleziono w ogóle, przypada prawie połowa na Berlin i obwód rejencyjny Poznański. O wiele mniejsze różnice pod względem zdarzania się zachodzą co do wągrów pomiędzy wschodnią i zachodnią częścią monarchii pruskiej. We wschodnich obwodach kraju przypada 1 świnia wągrowata na 258 badanych — w zachodnich zaś na 1300. Z porównania rozmaitych obwodów rejencyjnych okazuje się, że w niektórych obwodach zachodnich stosunkowo często zdarzają się świnie wągrowate. *(Cntrbltt f. oeff. Gsndhtspfl. XII. Rocznik 1893. Zeszyt III i IV).* *Dr. Grabowski.*

Choroby wewnętrzne.

Bleuler: Przyczynek do etyologii i terapii zmiękczenia kości (*osteomalacia*) **niepołogowego.**

Na dowód, że zmiękczenie kości niepołogowe nie jest bardzo rzadkie, tylko zazwyczaj nie bywa rozpoznane, opisuje autor pokrótce 18 przypadków (3 u mężczyzn, 15 u kobiet) tej choroby, które wszystkie to mają wspólnego, iż tyczą się osób, które ruchu nie używały lub tylko nadzwyczaj mało (2 więźniów, 16 umysłowo chorych, po największej części głupowatych). Trzech chorych wyleczył, 5 stan znacznie poprawił autor przez zalecenie ruchu na świeżem powietrzu, nie używając u nich żadnych leków. To go zachęca do podobnego postępowania w roku bieżącym z resztą chorych obecnie jeszcze nie leczonych. Autor nie zaprzecza bynajmniej, iż osteomalacya może pochodzić i z innych przyczyn, ale na podstawie własnych spostrzeżeń jest zdania, że brak ruchu jest przynajmniej jedną przyczyną a dalej zwraca uwagę, iż obfite pożywienie, podawanie wapna w znacznej ilości i fosforu tudzież wody dobrej, nawet w wapno zasobnej, nie wywarły żadnego wpływu na przebieg choroby. — Zakład, którego autor jest dyrektorem, dostarcza chorym zimą i latem bardzo czystego powietrza a więc brakowi jego nie można przypisywać choroby.

Rozpoznanie takiego niepołogowego zmiękczenia kości nie jest wcale trudne, jeżeli się już raz wie, iż choroba ta może występować i bez związku ze sprawami połogowemi.

W pierwszych okresach choroby bóle są rozlane po całem ciele i wtedy rozpoznać nie można choroby na pewno. Okres ten nie trwa jednak długo, bo wkrótce występują bóle zależne widocznie od ruchów: chorzy stąpają coraz wolniej opierają się przytem na sprzętach pokojowych i jeżeli nie można wykazać żadnej choroby ani układu nerwowego ani zapalenia stawów, rozpoznanie zmiękczenia kości jest pewne. Uwagi godnem, że największa część chorych boi się pomocy cudzej przy chodzeniu lub przenoszeniu, bo przekonali się, iż ostrożne ruchy czynne są dla nich o wiele mniej bolesne, niż ruchy bierne.

Lubo choroba postępuje ciągle, są jednak później pauzy. W następnym okresie przychodzi do zniekształceń kości, osobliwie stosu kręgowego i mostka i niebezpiecznego utrudnienia oddechu.

B. zadaje sobie w końcu pytanie, czy w obec tego brak dostatecznego ruchu u kobiet brzemiennych nie jest w związku z pojawieniem się u nich zmiękczenia kości. (*Münchener med. Wochenschrift. Nr. 15. 1893*). *D.*

Choroby zakaźne.

Przebieg cholery w r. 1892.

Dr. Proust, naczelnik publicznej służby zdrowia we Francyi, przedstawił na posiedzeniu paryskiej Akademii lekarskiej w dniu 31. stycznia 1893 swe zapatrywania się na przebieg cholery w r. 1892.

Według zdania Dra Prousta miano w roku zeszłym do czynienia z dwoma od siebie niezawisłymi pochodami cholery, które się do siebie zbliżały i spotykały, nie tracąc przytem swych właściwości.

Jeden pochód epidemii miał powstać samodzielnie bez zawleczenia z zewnątrz dnia 4. kwietnia w zewnętrznym okoleniu Paryża i potrzebował 3 miesięcy czasu, aby się dostać do stolicy, zkąd zawleczony został ku zachodowi i północy aż do Belgii i Holandyi.

Drugi pochód wziął początek z Turkiestanu, dostał się przez Kaukaz do południowej Rosyi a ztamtąd do Niemiec, Węgier, Austryi i Holandyi, w której spotkał się z pierwszym pochodem.

Oba pochody zachowały w swej wędrówce, zdaniem Prousta, następujące właściwości: idący z Azyi wykazywał, jak wszelkie ztamtąd zawleczone zarazy, znaczną gwałtowność pod względem wybuchu i rozciągłości, nagły wzrost śmiertelności i nagłe szerzenie się. Przeciwnie cholera paryskich przedmieść odznaczała się wybitną powolnością co do szerzenia się i co do wzrostu cyfry chorobliwości i śmiertelności.

Niektórzy epidemiologowie uważali za niemożliwe, aby po kilku latach utajenia jad choleryczny na grancie europejskim znów ożył, gdy inni możliwości tego dopuszczali. Proust przechyla się do ostatniego zdania i sądzi, że po powstaniu jednego pochodu ostatniej epidemii we Francyi możliwość takiego późnego ożycia jest dowiedzioną, równie jak i z temi okolicznościami zostające w związku złagodzenie jadu. (*Cntrbltt f. oeff. Gsndhtspfl. 1893. Z. III i IV*). *Dr. Grabowski.*

Choroby dzieci.

Bery: Cukrzyca u 9-letniej dziewczyny.

Autor opisuje przypadek cukrzycy u dziewczynki w wieku lat 9, pochodzącej z rodziny zdrowej bez chorób dziedzicznych wykazać się dających, która nie przebywała dotychczas żadnej choroby zakaźnej ostrej, ani nie doznała urazu mogącego być w związku z chorobą obecną. Sam początek choroby uwidocznił się jako upławy białe, który bez wykrycia przyczyny, leczono tylko symptomatycznie miejscowo i który po 3 miesiącach ustąpił zupełnie — lecz coraz szybciej występujące wychudnienie, bardzo wielkie łaknienie i pragnienie i woń acetonu, wydobywająca się z ust przy oddechaniu, skłoniły rodziców do zgłoszenia się powtórnie do szpitala, gdzie dziewczynkę przyjęto. Po 8-iu dniach pobytu tamże, w których zauważono 7·3% cukru w moczu, wystąpiła śpiączka cukrzycowa, trwająca prawie 12 godzin, t. j. aż do śmierci. Autor twierdzi, że u tej dziewczynki już przy pierwszem zgłoszeniu się do szpitala można było rozpoznać cukrzycę, gdyby mocz badano pod względem obecności cukru, gdyż owa wydzielina pochwy (*fluor albus*) była wynikiem świądu sromu (*pruritus vulvae*) tak częstego objawu cukrzycy. (*Archiv f. Kinderheilkunde. 1893. I i II H.*). *Dr. Komorowski.*

Notatki terapeutyczne.

Do pozbawienia skóry włosów w chorobach ich zaleca L. Butte kolodyum jodowe według przepisu:

46)	Rp.	*Spir. vini rectif.*	12·00
		Jodi puri	0·75
		Collodii	35·00
		Olei terebinthinae	1·50
		Olei ricini	2·00

Płynem tym pomazuje się kępki (*plaques*) chore przez 3 do 4 dni z rzędu. Jeżeli teraz po 14 dniach oddali się ostrożnie całą warstwę kolodyum, to odejmie się wraz z nią wszystkie chore włosy znajdujące się na jej wewnętrznej powierzchni. Tym sposobem unika się mozolnego, powolnego i dla chorych bardzo nieprzyjemnego procederu wyrywania chorych włosów szczypczykami. I w strupieniu woszczynowym (*favus*) sposób ten pozbawiania skóry włosów okazał się praktycznym. Rozumie się samo przez się, że po oddaleniu włosów rozpoczyna się dopiero właściwe leczenie. (*Mtshefte für pract. Derm. 5. 1893*).

Mięszanina Dobischa do znieczulenia miejscowego:

47)	Rp.	*Chloroformii*	10·00
		Aetheris sulfurici	15·00
		Mentholi	1·00

MDS. Do rozpylania przyrządem Richardsonowskim. Znieczulenie występuje zwykle po minucie i trwa od 2 do 6 minut. (*Corr.-Bl. für schweiz. Aerzte. 5/I. 1893*).

Do leczenia bolesnych guzów krwawnicowych (*haemorrhoidales*) zaleca się maść:

48) *Lanolini 50·00*
Vaselini 20·00
Aquae destil. 3·00
M. f. ungtum.
S. Używać na guzy bolesne.
(*Ctbltt f. d. ges. Ther. Marzec 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

V. posiedzenie z dnia 17. marca 1893.

Przewodniczący Dr. Schramm. — Obecnych członków 43.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Wehr prosi o umieszczenie poprawki w protokóle posiedzenia z dnia 18. lutego b. r., do którego wkradł się błąd, który kol. W. dostrzegł dopiero po wydrukowaniu sprawozdania. W *Przeglądzie Lek.* Nr. 10 str. 129 w dyskusyi nad nosacizną, powinno być: „Faktem jest, że metodą immunizacyjną w tężcu po wstrzykiwaniach antytoksyny Tizzoniego obserwowano w jednej klinice (Nicoladoniego w Inspruku) 3 przypadki uleczenia tężca“. Przy tej sposobności kol. W. dodaje, że Finotti w r. 1892 mówi już o ośmiu przypadkach uleczenia tężca: *Ottavo caso di tetano traumatico curato coll' antitossina Tizzoni-Cattani* (*Gazz. d. ospitali Nr. 84*).

3) Następuje odczyt kol. prof. Czyżewicza „O cięciu cesarskiem“, który będzie w całości drukowany.

Kol. Bylicki zwracając się naprzód do zapatrywań etycznych prelegenta na metodę Porry, oświadcza, że się z niemi żadną miarą zgodzić nie może. Kol. Czyżewicz podnosi bowiem jako wielką zaletę metody Porry, że zapobiega ona przyszłym ciążom kobiet, które nigdy rodzić nie powinny i przyjściu na świat dzieci, które wkrótce gdzieś zmarnieją. Zdaniem kol. B. zapatrywania tego rodzaju nie powinny wchodzić w żadną rachubę przy wyborze metody, gdyż z takich wskazań nie powinniśmy i nie wolno nam pozbawiać kobiety narządów jej płci właściwych a zatem pozbawiać jej możności potomstwa. Okoliczność zaś, czy ona chce się narażać na niebezpieczeństwo ciąży powtórnej lub nie, powinniśmy pozostawić jej własnej woli. Dlatego pod względem etycznym uważa kol. B. wykonanie cięcia cesarskiego metodą Porry tylko ze względów przez kol. Czyż. podniesionych za czyn równie niemoralny, jak wzniecenie poronienia bez ścisłych lekarskich wskazań, li tylko ze względu na stanowisko ciężarnej, dla uratowania jej czci, do czego jako lekarze nie jesteśmy żadną miarą powołani.

Zwracając się do cięcia cesarskiego ze wskazań względnych, jest kol. B. zdania, że odpowiada ono często ideałowi, do którego dążymy, t. j. do uratowania życia matki i dziecka, lecz wobec sposobów o wiele łatwiejszych do wykonania, szczególnie w praktyce prywatnej, przy których dziecko prawdopodobnie (ciężkie kleszcze) lub z pewnością życie utraci (kraniotomia) lub już je utraciło a matkę z pewnością uratować można, cięcie cesarskie ze wskazań względnych nigdy się nie stanie własnością ogółu lekarskiego, lecz pozostanie tylko własnością wyłącznie klinik i oddziałów położniczych. A i w tych zapatrywania osobiste operującego i nabyta wprawa w cięciu cesarskiem lub jej brak, rozstrzyga na jego korzyść lub przeciw niemu. Zawsze bowiem będziemy się kierować tem zapatrywaniem się, że życie matki jest o wiele więcej warte, niż życie noworodka.

Na szczęście jednak, bardzo w porę, zaczyna współzawodniczyć z cięciem cesarskiem ze wskazań względnych cięcie spojenia łonowego — symfizyotomia. Operacya ta podana w końcu zeszłego wieku, w czasach, gdy nieznano sposobów bezgnilnego operowania, odsądzona od czci i wiary, utrzymywała się przez cały wiek 19. aż po dziśdzień we Włoszech. To też Morisaniemu i Carusie zawdzięczamy dzisiejsze jej wznowienie a Leopoldowi i Freundowi ustalenie jej bytu pośród operacyj zupełnie uprawnionych.

W końcu nadmienia kol. B., że nie słyszał w opisie przypadków kol. Czyżewicza, aby tenże używał przed przystąpieniem do operacyi i podczas jej wstrzykiwań podskórnych ergotyny, co wielu innych podnosi jako środek ważny, przyczyniający się do wzniecenia kurczliwości macicy po jej opróżnieniu. (*Autoreferat*).

Kol. Czyżewicz w odpowiedzi na uwagi kol. Bylickiego nadmienia, że w odczycie swoim postawił wyraźnie wskazania do cięcia cesarskiego metodą Porry. Między niemi niema wcale twierdzenia, jakoby metoda ta była odpowiednią z powodu, że zapobiega przyszłym ciążom kobiet, które nigdy rodzić nie powinny.

Wskazania te są: *a*) osteomalacya, *b*) bezwład macicy i niemożność zatamowania krwotoku po jej wypróżnieniu, choćby nawet podczas operacyi zmienić należało metodę operowania, *c*) gdzie usunięcie całej macicy i bez cięcia cesarskiego jest wskazane, albo chodzi o wydalenie ogniska septycznego, którym jest macica.

W 1. i 3. wskazaniu powinna być bezwzględnie ta metoda, w drugiem obrałby zawsze metodę dającą lepsze szanse dla wyleczenia matki, choćby z utratą możności dalszego zastąpienia, pomimo że przeciwnicy tej metody podnieśli przeciw niej także stanowisko etyczne, którego broni kol. Bylicki. Kto miał sposobność badać materyał do cięcia cesarskiego przeznaczony, musi przyjść do wniosku, że może lepiej byłoby i dla tych matek i dla tych dzieci, aby pierwsze nie rodziły a drugie się nie rodziły. Stają się one bowiem ciężarem nie do pokonania dla matek i giną zwykle oddane przytuliskom lub gminom.

Co do ergotyny, to była używaną, tak jak inne środki pobudzające macicę do kurczu, nie wyjmując i lodu, podczas operacyi, ale nie mogę jej przypisać zalety, jaką inni widzieć chcieli. (*Autoreferat*).

4) Kol. Gluziński mówi o przypadku kiły nosa ze współcierpieniem przewódki łzowej (*autoreferat*). Chory, 64 lat liczący, we wrześniu z. r. zasięgał porady lekarskiej u dwóch kolegów we Lwowie, którzy uważając sprawę za zwykły przerost błony śluzowej w nosie, wypalili ją kw. chromowym. Polepszenie nie nastąpiło a lekarz ordynujący na prowincyi, chcąc przywrócić drożność, wprowadził czopek, który w nosie napęczniał (*laminaria digitata?*), po którego wyjęciu zatkanie było jeszcze większe, łzawienie zwiększyło się znacznie a nadto wystąpił obrzęk w okolicy przewódki łzowej prawej. Chory udał się do kol. Macheka, który przewód łzowo-nosowy sondował a następnie odesłał chorego do kol. Gl., dla usunięcia zmian chorobowych w nosie. Badanie wykazało przerost błony śluzowej na małżowinach obustronnie z wegetacyami wątłemi i podobne wegetacye na przegrodzie nosowej. Uważając to za skutek zabiegów drażniących, kol. Gl. narośle te usunął galwanokauterem. Po wypaleniu jednakże wegetacye jeszcze szybciej rosły i częściowo zaczęły się rozpadać a że równocześnie wystąpił naciek na sklepieniu jamy noso-połykowej, przeto usprawiedliwionem było przypuszczenie kiły. Chory wreszcie przyznał się, że przed 6 laty zaraził się. Innych zmian podejrzanych o kiłę w ustroju nie było. Pomimo sondowania zarówno obrzmienie woreczka łzowego jak i łzawienie wciąż się utrzymywało. Po 10 wstrzykiwaniach *hydrarg. salicylicum* (0·10 *p. dosi*) obok miejscowego leczenia kw. chromowym (1 : 10), następnie *tra jodi c. glycerino* po równych częściach nastąpiło wyleczenie zupełne. W pierwszym tygodniu jednak zaraz po rozpoczęciu leczenia rtęcią, zapewne wskutek zapóźno zrobionego rozpoznania, rozpadły się granulacye na przegrodzie nosowej i nastąpiło jej przebicie. Jakkolwiek podczas tego leczenia nie sondowano więcej przewódki łzowej, przecież równocześnie z wyleczeniem zmian w nosie ustąpiły łzawienie i znaczny obrzęk w okolicy woreczka łzowego.

Przypadek opisany okazuje naprzód ważność zwracania uwagi na kiłę w cierpieniach nosa a powtóre okazuje związek pomiędzy cierpieniami nosa i ócz i wpływ leczenia na drożność przewodu noso-łzowego. Na wpływ cierpień nosa, na cierpienia ócz, szczególnie głębszych części oka, zwrócili uwagę w ostatnich czasach Berger i Ziem, pierwszy tłómacząc zmiany te na drodze odruchowej, drugi odnosząc je do zmian w naczyniach, a prac w tym kierunku szczególniej w języku francuskim napotykamy coraz to więcej. Ziem w *Annales des maladies de*

l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx w zeszycie styczniowym z r. b. opisuje trzy przypadki zapalenia tęczówki w związku z cierpieniami nosa, w których po zwykłych przepłukiwaniach nosa nastąpiło polepszenie. L. Batut z Tuluzy w tem samem piśmie z lutego b. r. rozbiera cały szereg przypadków, wykazujących ten związek. W wielu więc przypadkach cierpień ócz badanie i leczenie nosa jest koniecznem.

Na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz *Dr. Bory.*

V. Wiadomości bieżące.

— **Zjazd lekarzy powiatowych odbędzie się we Lwowie w niedzielę dnia 30. kwietnia 1893 r.** o godzinie 10. z rana, jak to już w nrze 14 Przeglądu lek. z dnia 8. marca r. b. ogłoszono.

Punkt zborny: Sala Towarzystwa lekarzy galicyjskich, Rynek l. 10, II piętro.

Porządek dzienny:

1) Sprawozdanie z ostatniego Zjazdu.

2) Radca Dr. Merunowicz objął referat o postępowaniu w razie pojawienia się cholery i odpowiednich środkach ostrożności służących do jej stłumienia

a Dr. Krokiewicz omówi metody badań bakteryologicznych w zakresie cholery.

3) Dr. Barzycki, Dr. Serkowski i Dr. Tarnawski wygłoszą referaty nie załatwione na ostatnim Zjeździe.

4) Dr. Jendl będzie mówił: „o stanowisku lekarzy powiatowych i czynnościach ich urzędowych wraz z podaniem odnośnych wniosków“, nadto „o nowym sposobie fałszowania herbaty“.

5) Dr. Goldhaber: „o potrzebie wydania przepisów w sprawie zbierania szmat“.

Nadto jeżeli nie wpłyną od kolegów dalsze referaty, które nadsełać należy na ręce Dra Obtułowicza (Lwów — Plac Smolki, L. 5), — wypowie:

6) Dr. Obtułowicz „Kilka słów o stanowisku lekarzy powiatowych wobec nowej ustawy o fałszowaniu pokarmów (Codex alimentarius austriacus) — oraz „o obowiązku doniesienia o chorobach zakaźnych i zaraźliwych w różnych państwach“.

Uwaga: **Gdyby nadspodziewanie przypadki cholery bardziej się rozszerzyły i zjazd lekarzy powiatowych z tego powodu żadną miarą w terminie powyższym nie mógł przyjść do skutku, — naówczas nastąpi odwołanie zjazdu w dziennikach politycznych z czwartku, t. j. 27 kwietnia b. r.**

Dr. Merunowicz, Przewodniczący zjazdu.
Dr. Obtułowicz, Sekretarz zjazdu.

— Dr. Michał Świątkiewicz otrzymał od galicyjskiego Wydziału krajowego nominacyę na prymaryusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych dla kobiet w szpitalu ogólnym we Lwowie na miejsce ś. p. Krówczyńskiego.

— Epidemia duru brzusznego we Lwowie, o której wspominaliśmy w nrze poprzednim, według doniesienia dzienników miejscowych, złagodniała bardzo znacznie i zdaje się, iż się ma ku końcowi.

— **Cholera**. Donoszą urzędownie o pojawieniu się cholery w Onucie w powiecie Kocmańskim na Bukowinie. W Nowych Mamajewicach również na Bukowinie zdarzyły się temi dniami 4 przypadki śmierci podejrzane o cholerę.

Nad Zbruczem w Galicyi pojawiają się jeszcze sporadyczne przypadki cholery.

Na Podolu rosyjskiem według doniesień urzędowych zachorowało od 13. do 27. marca s. s. 460 a zmarło 120 osób na cholerę. W Rosyi europejskiej zresztą trafiają się tylko w niektórych guberniach przypadki cholery.

Z Francyi a mianowicie z miasta Lorient na brzegu oceanu Atlantyckiego nie ma nowych wiadomości.

— Prof. Wernicke we Wrocławiu przyjął powołanie na katedrę drugą psychiatryi wraz z kliniką we Wiedniu opróżnioną przez przeniesienie prof. Krafft-Ebinga na katedrę pierwszą, którą zajmował zmarły Meynert.

— Z uwagi, że już i w dawniejszych epidemiach i w ostatniej cholera występowała bardzo często i nader gwałtownie w wielkich zakładach publicznych, mieszczących w sobie znaczną liczbę osób, jak szpitalach, domach roboczych, więzieniach, schroniskach, zakładach dla umysłowo chorych i t. p. i że jest uzasadnioną obawa, iż z nastaniem pory ciepłej cholera znów się pojawi, wydały ministerstwa pruskie spraw wewnętrznych i oświaty do naczelnych prezydentów okólnik zwracający uwagę na tę okoliczność i wypływającą ztąd potrzebę zrewidowania dokładnego urządzeń sanitarnych przerzeczonych zakładów publicznych, osobliwie tych, które mają centralne urządzenia dla dostarczania wody i usuwania materyj kloacznych i wód gospodarczych. Ażeby dojść w tej mierze do jednostajnego opisu wymienionych zakładów, załączono do okólnika, o którym mowa, 22 pytania, na które prezydenci naczelni mają w 8 tygodniach odpowiedzieć po dokładnem zbadaniu stanu rzeczy na miejscu. Pytania są bardzo szczegółowe i dzielą się na 4 grupy. Ogólnych jest trzy, odnoszących się do materyj kloacznych, wód meteorologicznych i odpadków gospodarczych 8, do wody dla picia i gospodarstwa również 8, odnoszących się do stanu sanitarnego dawniej i teraz 3.

Sądzimy, że byłoby rzeczą nader pożądaną, by ze względu nie tylko na groźbę przed cholerą, ale i na panujące ciągle nadmiernie choroby zakaźne, zajęto się i u nas dokładnem zbadaniem stósunków i urządzeń sanitarnych w zakładach publicznych, mieszących w sobie nieraz bardzo wiele osób.

— W ostatnich czasach rozpoczęto w niektórych miejscach i krajach systematyczną walkę na wielką skalę ze suchotami płucnemi, jako największą plagą ludzkości. W Wiedniu zebrano 200000 złr. na budowę zakładu klimatycznego dla suchotników, w Paryżu postanowiła rada miejska zbudować wielki szpital dla suchotników w Angicourt sur Oise a w Szwajcaryi, gdzie 10% ludności umiera na suchoty, utworzyło się osobne towarzystwo do zwalczania suchot płucnych, zamierzające zakładać odpowiednie sanatorya po całym kraju i wydawać pisma i broszury w celu pouczania ludności stósownego.

— W ubiegłem półroczu szkolnem było we Wiedniu 2879 słuchaczy medycyny, między nimi 355 z Galicyi, 117 z cesarstwa rosyjskiego, 87 z Rumunii, 74 z Niemiec, 60 ze Serbii, 93 z Ameryki, 4 z Afryki, 4 z Azyi i 2 z Australii.

— Wdowa po zamordowanym niedawno naczelniku miasta Moskwy A. W. Aleksiejewie, przekazała, spełniając wolę męża, zarządowi miasta tego 300000 rubli na dokończenie zakładu dla obłąkanych założonego przez zmarłego.

— Rothschild wiedeński ofiarował 500000 złr. na szpital dla chorych na raka a mieszczanin irkucki Kelch dał 25000 na założenie kolonii dla chorych umysłowych w pobliżu Irkucka.

— Wielka Brytania ma obecnie 30590 lekarzy, z których 1513 przybyło w roku ubiegłym.

— Towarzystwo lekarskie w Zurychu ułożyło regulamin postępowania lekarzy ze sobą i z publicznością, złożony z 13 paragrafów. Według § 10 czuwać ma nad jego wykonywaniem rada honorowa złożona z 5 członków towarzystwa.

— W roku zeszłym zrobili lekarze de la Service médicale de nuit w Paryżu 9313 nocnych wizyt u chorych, o 2580 więcej, niż w roku poprzedzającym, coby świadczyło o prawdziwej potrzebie takiego urządzenia, przynajmniej w miastach bardzo wielkich.

— W dziennikach lekarskich warszawskich znajdujemy następujące uwiadomienia:

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierót biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra Jana Bącewicza udzielone być mają w dniu 24. czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach, polakach, wyznania chrześciańskiego, a w braku takowych, po lekarzach innych wyznań, każdej po rs. 90. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15-go czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacye w Kancelaryi Towarzystwa Le-

karskiego w Warszawie (ulica Niecała Nr. 7); na prowincyi zaś w biurach pp. Inspektorów Lekarskich przy rządach gubernialnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający Kasą Wsparcia *Dr. J. Rogowicz.*

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu dra Leona Lande udzielone ma być w dniu 18. lutego 1894 r., jako w rocznicę zgonu testatora, wsparcie w kwocie rs. 95: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie lub sierotom mojżeszowego wyznania; albo w razie braku takiego kandydata — podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim, albo też, w razie braku takich — lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim wyznania chrześciańskiego. Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi. Ostateczny termin nadsyłania prośb pod adresem Komitetu (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się do dnia 15. grudnia 1893 r. Przy prośbie złożyć należy świadectwo, wydane przez 3 lekarzy, Członków Kasy wsparcia, ze szczegółowemi wiadomościami o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia podupadłego lekarza, wdowy lub sierot. Osoby na prowincyi zamieszkałe (w guberniach Królestwa Polskiego), przesłać winny prośby, z dołączeniem pomienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce p. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju lub na ręce jego zastępcy w interesach Kasy Wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający Kasą Wsparcia *Dr. J. Rogowicz.*

— **Nekrologia.** Zmarli: w dniu 14 b. m. i r. Dr. E. Modrzejewski, otyatra, lekarz cieszący się sympatyą i uznaniem u publiczności i u kolegów, autor kilku cennych prac naukowych umieszczanych w pismach lekarskich warszawskich. W Dreźnie Dr. Salzer, profesor chirurgii w Utrechcie, b. uczeń Billrotha.

Walne zgromadzenie **Towarzystwa lekarzy galicyjskich** odbędzie się we Lwowie dnia 29 kwietnia b. r. o godzinie 6-ej wieczorem w lokalu Towarzystwa (Rynek l. 10).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do numeru niniejszego dołącza się prospekt zakładu zdrojowo-klimatycznego w Szczawnicy.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. | Kraków, 29. Kwietnia 1893. | Nr. 17.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{3}$ „	„ 6 „

I. Z zakładu chemii lekarskiej prof. Stopczańskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych moczem.

Podług odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w styczniu 1892 roku.

Podał

Dr. Jan Opieński,

b. asystent katedry chemii lek. w Uniw. Jagiell.

Sprzeczne ze sobą podania autorów co do obecności kwasów żółciowych w moczu w warunkach fizyologicznych jak i w przypadkach chorobowych, wątpliwe znaczenie, jakie przypisuje się obecności kwasów żółciowych w moczu w pewnych sprawach patologicznych wątroby, dość niedokładne sposoby badania a zwłaszcza podejrzana wartość próby klinicznej Strassburga — skłoniły mnie do zajęcia się sprawą wydzielania się a raczej wydalania się kwasów żółciowych z ustroju. Postawiłem sobie w tym celu jako główne zadanie zbadać, która z metod dotychczasowych jest najodpowiedniejszą do użycia, — następnie stwierdzić, czy w warunkach fizyologicznych jak i patologicznych kwasy żółciowe w moczu się znajdują, a wreszcie, jaki jest los kwasów żółciowych po wprowadzeniu ich do ustroju zwierzęcego, względnie ludzkiego?

Stósownie do postawionych kwestyj będę się starał poniżej odpowiedzieć na te 3 główne pytania, korzystając z cennych wskazówek mego czcigodnego przełożonego, prof. Stopczańskiego i z materyału życzliwie mi udzielonego przez pp. proff. Korczyńskiego i Pareńskiego i prymaryusza Paszkowskiego, wyrażając na tem miejscu prof. Pareńskiemu podziękowanie za pozwolenie na doświadczenia na chorych jego oddziału.

I.

Metody służące do udowodnienia kwasów żółciowych w moczu.

Przed omówieniem metod badania, musimy najpierw zastanowić się nad tem, czy udowodnienie kwasów żółciowych w moczu kończy się na próbie Pettenkofera, czy też udowodnienie ich jest ścisłe dopiero po otrzymaniu kwasu glikocholowego i taurocholowego jako takich, lub jednego z nich, badaniu w przyrządzie polaryzacyjnym i t. d. — Sama próba Pettenkofera nie dowodzi jeszcze obecności kwasów żółciowych jako takich, bo w przedmiocie, jakim jest mocz, mogą być obecne ciała, tę próbę dające a przypuszczenie to zyskuje na znaczeniu, jeśli uwzględnimy badania Udranszkyego[1]) nad próbą Pettenkofera a mianowicie jego twierdzenie, iż próba polega na wytworzeniu się z cukru działaniem kwasu siarkowego furfurolu, który z kwasami żółciowemi barwi się wiśniowo-czerwono a rozczyn ten daje w przyrządzie widmowym 2 smugi przy liniach E i F.

Jeśli uwzględnimy dalsze badania Udranszkyego, Landwehra i innych autorów, odnoszące się do poszukiwań węglowodanów w moczu, przyjdziemy do przekonania, że już mocz z samym kwasem siarkowym poniekąd oddziaływa podobnie z przyczyny wytwarzania się furfurolu. Z drugiej strony wynik dodatni próby Pettenkofera przemawiać też może za obecnością produktów rozkładowych kwasów żółciowych, jak kwas choleinowy, cholowy, cholonowy a odmienne wyniki badań mają w tem po części swą przyczynę.

W żółci człowieka znajdujemy przedewszystkiem: kwas glikocholowy, nazywany przez Hoppe Seylera kwasem cholowym, dalej kwas taurocholowy (kwas choleinowy według Hoppe Seylera); obydwa azotne, nadto drugi zawiera siarkę, składają się z glikokolu i tauryny połączonych z kwasem cholowym.

[1]) Ueber Furfurol Reaktionen. I. Mittheilung. Zeitschrift f. physiol. Chemie. Bd. XII. Hft. 4. 5.

Z pomiędzy produktów rozkładowych znamy kwas cholowy bezazotny o składzie według Streckera i Myliusa $C_{24} H_{40} O_5$, zwany przez Hoppe-Seylera cholalowym. Nadto mamy kwas choloidynowy bezazotny $C_{24} H_{38} O_4$ powstający z kwasu cholowego przez utratę wody, jako produkt pośredni między kwasem cholowym a dyslizyną — wreszcie przez Myliusa otrzymany i opisany azotny kwas cholonowy ($C_{26} H_{41} N_5$). Wszystkie te kwasy dają próbę Pettenkofera i skręcają płaszczyznę polaryzacyjną na prawo a różnią się od siebie rozpuszczalnością w eterze i większą lub mniejszą rozpuszczalnością soli barowych i ołowiowych.

Jedna z najdawniejszych metod wskazana przez Hoppe-Seylera [1]) polega na rozłożeniu kwasów żółciowych przez gotowanie z kwasem chlorowodowym i następowem badaniu za pomocą polaryzacyi i próby Pettenkofera. Autor stwierdza, że próbie Pettenkofera przeszkadza ciemne zabarwienie wyciągu a nadto ta okoliczność, że już z kwasem siarkowym następuje rozkład istot wyciągowych. Według tej metody mocz gotuje się z nadmiarem wodnika wapniowego, odsącza i zaprawia przesącz kwasem solnym, przez co wydzielają się kwas moczowy i hipurowy; przesącz gotuje się z kwasem solnym przez ½ godziny, zagęszcza się na łaźni wodnej do syropu, rozlewa wodą i odsącz wytrawia zimnym wyskokiem. Wyciąg gotowany z węglem krwi przesącza się i paruje, poczem pozostaje masa jasno żółta, żywiczna — kwas choloidynowy, który daje próbę Pettenkofera i skręca płaszczyznę polaryzacyjną w prawo. Metoda ta wobec nowszych nie wytrzymuje krytyki głównie z tego względu, iż przez działanie kwasu solnego na gorąco możemy wytworzyć ciała poniekąd taką samą, jak kwasy żółciowe, próbę dające; zresztą tak wielkiej ilości kwasów żółciowych w moczu być nie może, aby dopiero produkty rozkładowe tychże otrzymywać i badać.

Najpowszechniej używa się do dziś dnia innej metody Hoppe-Seylera, polegającej na wydzieleniu z moczu kwasów żółciowych octanem ołowiowym zasadowym, wytrawieniu następnie powstałych soli ołowiowych gorącym wyskokiem, przesączeniu na gorąco, rozłożeniu za pomocą węglanu sodowego, przesączeniu i zaprawieniu zgęszczonego rozczynu wyskokowego eterem, przez co wydzielają się glikocholan i taurocholan sodowy (pierwszy jako ciało krystaliczne) i mogą być dokładniej badane.

Modyfikacyę tej metody podał Salkowski [2]) a polega ona na tem, że z moczu odparowanego do suchości robi się wyciąg wyskokowy, ten po odparowaniu rozpuszcza się w wodzie, zaprawia octanem ołowiowym zasadowym i kilku kroplami amoniaku i postępuje, jak wyżej. Mimochodem wspominam też o metodzie Draggendorfa i Höhnego, polegącej na wyciągnięciu kwasów żółciowych chloroformem i badaniu tegoż wyciągu.

W jakikolwiek sposób postępujemy, musimy w końcu zrobić próbę, charakteryzującą kwasy żółciowe. Pod tym względem rozporządzamy próbą pierwotną Pettenkofera ze zgęszczonym kwasem siarkowym i cukrem lub według Udranszkyego z furfurolem. Później podał Neukomm [3]) modyfikacyę sposobu wykonania tej próby, t. j. obostrzenia jej przez odparowanie na miseczce i działanie roztworzonym kwasem siarkowym. Modyfikacya ta ma przedewszystkiem dwie zalety: naprzód próba przez to jest czulszą, o ile z własnych doświadczeń przekonać się mogłem; rozczyn zawierający w 10 cm. sz. 0·02 mgr. kw. glikocholowego daje próbę Neukomma bardzo słabą, lecz wyraźną — podczas gdy wyraźne oddziaływanie przy użyciu próby Pettenkofera występuje dopiero przy 0·6—0·8 mgr. w 10 cm. sz. Drugi wzgląd przemawiający za wyższością proby Neukomma jest ten, że próba Pettenkofera w obec zabarwienia, przedmiotu i w obec znacznego zbrunatnienia, jakie występuje za wniesieniem kwasu siarkowego zgęszczonego, nie daje tak pewnych wyników.

Próba polaryzacyjna ze względu na własności kwasów żółciowych ma tę zaletę, że umożebnia w łatwy sposób oznaczenie ich ilościowe według stopnia skręcenia płaszczyzny polaryzacyjnej. W obec wyniku wszakże doświadczeń, które wykazały, iż w tych roztworzeniach, w których próba Pettenkofera lub Neukomma dały rezultaty zadowalające, próba polaryzacyjna dała wynik ujemny a najmniejsze oznaczyć się dające skręcenie w przyrządzie Soleil-Wentzkego można uzyskać dopiero w razie obecności 0·02% kw. glikocholowego, oddziaływanie, które dla większych ilości kwasów żółciowych, jak np. w żółci samej jest bardzo dobre, w moczu zastósować się nie daje.

Strassburg [1]) podał jeszcze inną modyfikacyę próby Pettenkofera, polegającą na tem, iż skrawek bibuły zanurza się w badanym przedmiocie z dodatkiem cukru trzcinowego a po wyschnięciu bibuły w miejscu zwilżonem kwasem siarkowym zgęszczonym występuje fiołkowo różowe zabarwienie. Naszem zdaniem jednak próba ta nawet do badań nie bardzo ścisłych nie nadaje się a stwierdziliśmy to na 31 rozbiorach, porównywając wyniki z otrzymanemi za pomocą próby Pettenkofera i Neukomma. W tym celu w każdym przypadku badania moczu pod względem obecności kwasów żółciowych, przygotowałem skrawki bibuły w sposób przez autora [2]) podany; kilkanaście cm. sz. moczu zaprawiłem roztworem cukru trzcinowego, zanurzyłem skrawki bibuły i po wyschnięciu badałem kwasem siarkowym zgęszczonym. Zwykle otrzymujemy z kwasem siarkowym brunatno-czerwonawą plamę, która niekiedy po dłuższym czasie przyjmuje zabarwienie czerwonawe; wtedy jednak papier już jest przez kwas siarkowy całkowicie zniszczony.

W przypadkach niewątpliwych, w których próby Neukomma i Pettenkofera dały wypadek wyraźnie dodatni, próba Strassburga dała rezultat po większej części nieokreślony lub całkiem ujemny — w kilku przypadkach, gdzie wypadek badania innemi próbami był ujemny, próba ta dała rezultat o tyle dodatni, że wystąpiło nieco mocniejsze czerwonawe zabarwienie. Proba więc, która nie może wykazać wyraźnie obecności kwasów żółciowych albo daje dwuznaczne wypadki, nie zasługuje na zastósowanie a jako dająca częstokroć powód do błędów stanowczo odrzuconą być musi.

Ze względu na przerzeczone okoliczności obecności kwasów żółciowych jako takich z dodatnim wynikiem próby Pettenkofera za jedno brać nie możemy. Badanie i udowodnienie obecności kwasów żółciowych musi rozpadać się na dwa akty: pierwszy stanowi otrzymanie kwasów żółciowych samych, względnie ich soli sodowych w stanie czystym — drugi uskutecznienie oddziaływań te kwasy charakteryzują-

[1]) Arch. Virchov. XIII.

[2]) Salkowski u. Leube: Die Lehre vom Harn.

[3]) Neukomm: Ueber die Nachweisung der Gallensäuren u. die Umwandlung derselben in der Blutbahn. (Annal. der Chem. u. Pharm. 116).

[1]) Archiv. Pflüger. Bd. IV.

[2]) l. c.

cych a stósownie do tego mamy w metodzie ołowiowej sposób otrzymania a w próbie Neukomma sposób udowodnienia, otrzymanych kwasów żółciowych. Sama jednak metoda otrzymywania, jak to zresztą później zobaczymy, ma kilka stron ujemnych. Jedną z nich jest już sama jej długość, jeśli uwzględnimy kilkakrotne wyciąganie wyskokiem, strącanie ołowiem, suszenie tegoż strątu a ostatecznie strącanie eterem. Drugim brakiem jeszcze ważniejszym jest to, iż nie otrzymujemy w końcu roztworu soli kwasów żółciowych bez istót wyciągowych, które w dość wysokim stopniu utrudniają próbę Pettenkofera.

Temi względami powodowany szukałem innych metod. Utwierdzony przez własne i innych badaczy spostrzeżenia w tem przekonaniu, że w moczu głównie urochrom przeszkadza dodatniemu wynikowi próby Pettenkofera, ze względu na to, iż z kwasem siarkowym zgęszczonym daje brunatno-czarne zabarwienie, starałem przekonać się, czy nie dałoby się przez roztwarzanie usunąć szkodliwego wpływu urochromu.

Badania moje w tym względzie są następujące:

I. Mocz o prawidłowej ilości urochromu zaprawiłem kwasem glikocholowym, dodając do 10 cm. sz. moczu 2 cm. sz. 2% roztworu tak, iż mocz zawierał 0·04% kwasu glikocholowego. 5 cm. sz. tegoż moczu z cukrem i kwasem siarkowym dały zbrunatnienie, obok którego wiśniowo-karmazynowy odcień trudno było spostrzedz. Mocz roztworzyłem 6-krotną objętością wody destylowanej tak, że z kwasem siarkowym już zbrunatnienia nie było i jednę część poddałem próbie Pettenkofera: otrzymałem bardzo słabe rożowo-fiołkowe zabarwienie. Takie samo jednak oddziaływanie wystąpiło w moczu roztworzonym bez dodatku kwasu glikocholowego; takie samo wreszcie oddziaływanie było w moczu, zawierającym kwas glikocholowy bez dodatku cukru trzcinowego. Z tego wypada, iż w moczu tak roztworzonym, że zawiera w 7 cm. sz. płynu (1 cm. sz. moczu + 6 cm. sz. wody) 0·0004 gr. kw. glikocholowego, t. j. 0·0057%, nie jest oddziaływanie wyraźne, tem bardziej, iż mocz bez kwasu glikocholowego już to samo prawie daje oddziaływanie.

II. 25 cm. sz. moczu zaprawiłem 1 cm. sz. kwasu glikocholowego 2%, t. j. mocz zawierał 0·08% kw. glik. W moczu tym oddziaływanie Pettenkofera bez roztwarzania dało wypadek mało dodatni. Mocz roztworzyłem 8-krotną objętością wody a w jednej części po dodaniu kwasu siarkowego i cukru powstało bardzo słabe fiołkowe zabarwienie. Podobne oddziaływanie wystąpiło bez dodatku cukru jako też w moczu bez dodatku kw. glikochol.; oddziaływanie Neukomma w tem roztworzeniu było bardzo mocne. Wynik więc badania był taki sam, jak poprzedni.

III. 12·5 cm. sz. moczu zaprawiłem 1 cm. sz. 2% kwasu glikocholowego, t. j. mocz zawierał 0·16% kw. glik. Po roztworzeniu aż do zniknięcia reakcyi urochromowej oddziaływanie Pettenkofera wypadło bardzo wyraźnie w odróżnieniu od tego samego moczu bez kw. glikochol. lub moczu bez dodatku cukru, w którym to ostatnim razie wystąpiło tylko zaledwie spostrzedz się dające, brudno-fiołkowe zabarwienie bez wyraźnego odcienia karmazynowego.

Wnioski z powyższych doświadczeń wysnuć się dające są: Badanie obecności kwasów żółciowych w moczu przez jego roztwarzanie i uskuteczniania próby Pettenkofera daje niewątpliwie dodatni rezultat jedynie w razie większej ilości kwasów żółciowych w moczu, przynajmniej powyżej 0·1%, w razie ilości mniejszych, jak n. p. 0·04% lub 0·08% sposób ten użyć się nie da. W próbkach bowiem po roztworzeniu za mało jest kwasu glikocholowego, aby go można wykazać, mniej zaś wody użyć nie można, bo nie usunęlibyśmy szkodliwego wpływu urochromu. W razie większych ilości kwasów żółciowych możemy je wykazać już za pomocą próby Neukomma bez roztwarzania. Przytoczone powyżej wyniki odnoszą się do moczu o zwykłej ilości urochromu; w przypadkach jednak, gdzie ilość jego jest większa, jak to bywa w chorobach wątroby, wypadałoby mocz roztworzyć więcej, aniżeli 8 i 10 razy, przez coby warunki dla próby Pettenkofera stawały się tem niekorzystniejsze. Sposób ten miałby znaczenie tylko w tej ograniczonej liczbie przypadków, gdzie mocz zawiera mało stósunkowo urochromu a dość dużo kwasów żółciowych. Usunięcie tego wpływu szkodliwego urochromu innym sposobem, jak przez roztwarzanie, byłoby ważnem dla uproszczenia metody, jaką stanowi zawiłe i wiele czasu pochłaniające strącanie ołowiem itd.

Dalszy wniosek z powyższych doświadczeń jest ten, iż w roztworzonym moczu, nie zawierającym nawet kwasu glikocholowego, w pewnych razach występuje oddziaływanie nastręczające pewne wątpliwości, co ostrzega nas przed błędem, jaki popełniamy, biorąc za jedno obecność kwasów żółciowych z dodatnim wynikiem próby Pettenkofera. Odddziaływania w moczu bez dodatku cukru, potwierdza tylko zapatrywania Udranszkyego[1]) co do furfurolu, w tym względzie, że działaniem kwasu siarkowego wytwarza się w moczu furfurol, dający z kwasem glikocholowym zabarwienie wiśniowo-czerwone. Celem udowodnienia w moczu kwasów żółciowych używałem metody ołowiowej a to w modyfikacyi podanej przez Salkowskiego[2]), praktyczniejszej z tego względu, iż pozwala dogodnie badać większe ilości a nadto wyciąg wyskokowy nie zawiera istót białkowatych i soli mineralnych.

Zebrany więc raz jeszcze sposób postępowania, jaki obrałem, przedstawia się jak następuje: Mocz w ilościach od 300—1000 cm. sz. paruję do suchości na łaźni wodnej z dodatkiem węglanu sodowego. Pozostałość rozpuszczam w alkoholu 90%, wyciąg wyskokowy po odparowaniu rozpuszczam w wodzie, zaprawiam naprzód kilkoma kroplami amoniaku a następnie octanem ołowiowym zasadowym. Obfity strąt ołowiowy gotuję w wyskoku i sączę na gorąco Przesącz dość mocno niekiedy zabarwiony, zaprawiam węglanem sodowym i paruję do suchości. Pozostałość rozpuszczam w małej ilości bezwodnego wyskoku i dodaję 5 krotną objętość eteru. Po kilkudniowem odstaniu odlewam eter a pozostałość, rozpuszczona w małej ilości wody po oddaleniu eteru, służy do badania. Tu nadmieniam, iż eter sprawia niekiedy wydzielenie się igiełkowatych kryształków w kształcie gwiazdek, podobnych do glikocholanu sodowego, które jednak są wydzielonym krystalicznym mocznikiem.

Obrawszy tę drogę jako najwłaściwszą, poszukiwałem kwasów żółciowych w moczu tak w przypadkach fizyologicznych jak i w przebiegu rozmaitych chorób, zwłaszcza wątroby. (C. d. n.)

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.

II. Badanie i leczenie zwężeń tchawicy i oskrzeli głównych.

Podał
prof. Dr. Pieniążek.

(Dok. Patrz Nr. 16.)

Zwężenia bliznowate w tchawicy lub oskrzelach wymagają podobnie, jak sprawy przerostowe, leczenia dylatacyjnego, polegającego na zakładaniu coraz to grubszych rurek stósownej długości. Mostkowate zrosty należy przedtem przez wziernik porozcinać a wreszcie nacinanie brzegów blizn okrężnych, zwłaszcza nie zbyt rozległych, może być także pomocnem do dylatacyi. Do nacinania najodpowiedniejszym będzie nożyk krtaniowy kryty, któremu przez odgięcie dolnej jego części, podobnie jak w innych narzędziach krtaniowych, nadać należy kształt odpowiedni. W zwężeniu oskrzeli dylatacya napotyka na większe trudności; możnaby jednak do oskrzela zwężonego zakładać systematycznie katetery, trzymając je w niem co dzień po 1—2 godzin, lub w zwężeniu obu oskrzeli trzymając je na przemian po godzinie w jednem i drugiem. O ile można, należy oczywiście stopniowo używać coraz to grubszych kateterów. Gdyby wprowadzenie kateteru w oskrzele na ślepo (po wyjęciu kaniuli) natrafiało na trudności, o wiele łatwiej będzie wprowadzić go przez wziernik, który następnie można po nim wysunąć. Aby zapobiedz ściągnięciu się przetoki, można wsunąć w nią po kateterze krótką, lejkowatą rurkę, którą się posługuję zwykle w celu utrzymania w rozwarciu przetoki. W grubszych kateterach, albo raczej już w rurkach gardzielowych wprowadzanych do oskrzela, wyciąć można owalny otwór w ich ścianie, w odległości od końca odpowiadającej długości oskrzeli. Wtedy, gdy kateter tkwi w jednem oskrzelu, powietrze może swobodnie przechodzić z drugiego oskrzela przez otwór ten i cały kateter. Podnieść jeszcze muszę, że w razie blizn mogą się katetery okazać zbyt miękkie i podatne. Najłatwiej może się to zdarzyć przy bliznach, wśród których powstaje otwór nie okrągły, lecz eliptyczny; w takim razie kateter elastyczny może bardzo łatwo spłaszczony zostać z dwóch stron. Wtedy jedynie rurki metalowe albo z twardego kauczuku podołaćby mogły zadaniu. Wreszcie przeprowadzenie kateteru z obciętym końcem może być trudnem a wtedy można próbować używać całego kateteru.

Nowotwory łagodne, jeżeli się znajdują w obrębie rany tracheotomijnej, można operować wprost przez nią. Łatwe do usunięcia, t. j. uszypułkowane lub miękkie, można usunąć zaraz podczas tracheotomii. Nowotwory nad kaniulą wybadać można za pomocą zwierciadełka Czermaka a zoryentowawszy się co do ich położenia, operować dalej na ślepo. Trudniej jest operować je pod kontrolą tego małego zwierciadełka. Przy nowotworach uszypułkowanych jak brodawczaki, ziarniniaki (z wybujałych granulacyj pochodzące), najlepsze są lekko zagięte ostre szczypczyki, zwykle jednak dochodzę do celu prostemi szczypczykami ostremi. Przy nowotworach szeroko usadowionych może być na miejscu użycie galwanokautera, w danym razie kilkakrotnie powtórzone [1]). Nowotwory wreszcie nad kaniulą występujące, równie jak i inne zmiany w tem miejscu, są obok drogi przez przetokę tchawiczą często także na drodze endolaryngealnej leczeniu dostępne. Często przy nich wskazaną też jest laryngofisura[1]). Nowotwory poniżej kaniuli i w ogóle poniżej przetoki występujące, dadzą się z łatwością widzieć i operować przez wziernik, bliższe przetoki nawet bez wziernika tylko za wygięciem głowy chorego w tył i za lekkiem pociągnięciem przedniej ściany tchawicy tępym hakiem. Uszypułkowane najłatwiej usunąć za pomocą moich ostrych kleszczyków krtaniowych; czasem dogodną będzie pętla zimna lub galwanokaustyczna. Szeroko usadowione najłatwiej usunąć za pomocą galwanokautera; przy miękkich można przytem użyć z korzyścią i ostrej łyżeczki a resztę wypalić galwanokauterem. W przypadku powyżej wspomnianym mięsaka w krtani i w tchawicy, wykonał Mikulicz laryngofisurę z powodu mięsaka krtani; nowotwór zaś, na tylnej ścianie tchawicy siedzący, wypalił termokauterem po zwieszeniu głowy chorego w tył i zwróceniu jej ku oknu.

Z nowotworów tchawicy pod kaniulą, miałem sposobność operować jedynie ziarniniaki, przez drażnienie końcem kaniuli powstałe; te jednak przytrafiały mi się u dzieci nie zbyt rzadko. Operowałem je zwykle swojemi ostremi kleszczykami krtaniowemi, czasem zaś resztę wypalałem galwanokauterem. Zwrócić tu muszę uwagę na jeden z przypadów ziarniniakom tym towarzyszących; siedzą one tuż pod końcem kaniuli i są uszypułkowane a więc ruchome; to też, jeżeli dojdą do pewnej wielkości, zdarza się, że nie utrudniają jeszcze wdechu, gdyż przy nim od końca kaniuli w dół odchylone zostają, podczas wydechu natomiast prądem powietrza pod otwór kaniuli wepchnięte, takowy częściowo lub zupełnie zamykają, przez co powstaje utrudnienie wydechu. Najłatwiej się to wydarza podczas silniejszego wydechu, mianowicie podczas kaszlu. Granulacye w obrębie przetoki dadzą się łatwo widzieć i wprost operować; proste ostre szczypczyki i galwanokauter grają tu główną rolę. Zwrócić muszę uwagę na granulacye na dolnej części brzegu wewnętrznego przetoki: te bywają tak przez kaniulę przygładzone, że ich czasem wcale nie znać. Jeżeli innej przeszkody wreszcie niema, to nieraz wyjmie się kaniulę i dziecko oddycha na razie nawet po ściągnięciu się przetoki dobrze, w jakiś czas jednak później a najczęściej w nocy granulacye pod wpływem kaszlu od brzegu się popodnoszą i mogą oddech utrudniać znacznie. Znajdziemy je łatwo po rozwarciu przetoki i wtedy najłatwiej je usunąć.

Nowotwory złośliwe czy to ugniatające ściany tchawicy, czy też na nie z sąsiedztwa przechodzące, lub w samej tchawicy powstałe, wymagają, o ile znaczniejsze sprawiają zwężenie, założenia dłuższej rurki; kateter elastyczny cewkowy lub gardzielowy, zwykle tu wystarczy do rozepchania miejsca zwężonego, w razie potrzeby można wreszcie użyć i kaniuli Kőniga i t. p. Pamiętać tu jednak należy, że rurka taka drażni nowotwór i pobudza przez to do szybszego rozrostu albo i rozpadu. Dlatego też długiej rurki używać należy w razie znaczniejszego dopiero zwężenia.

Z własnej praktyki pamiętny mi jest przypadek raka tchawicy w dole jej tylnej ściany, gdzie po założeniu długiej rurki chory kilka miesięcy żył z dobrym oddechem. Potem powstało zwężenie gardziela a w końcu wytworzył

---

[1]) Porównaj: Pieniążek: „Nowotwór zatykający światło tchawicy, wypalony przez ranę tracheotomijną". Przegląd lek. 1883.

[1]) Porównaj: Pieniążek „O laryngofisurze". Przegląd lek. 1890.

się przez rozpad otwór pomiędzy gardzielem a tchawicą. W innym przypadku z kliniki Mikulicza (wspomnianym już powyżej), raka śródsierdzia, gdzie zwężenie wysokiego dochodziło już stopnia, wykonano tracheotomię niską a po założeniu stósownie długiego kawałka kateteru gardzielowego, chora mogła oddychać zupełnie dobrze. W jednym przypadku, leczonym przez Adamkiewicza kankroiną, widziałem obok raka krtani, z powodu którego wykonano tracheotomią, w tchawicy guzowatą wyniosłość ciemnej barwy na tylnej ścianie, która oczywiście przedstawiała nowy złóg rakowy. Ponieważ oddech nie był jeszcze bardzo utrudniony, przeto pozostawiłem choremu zwykłą kaniulę.

Ugniecenie tchawicy w ogóle także wymaga użycia dłuższej rurki, jeżeli zwykła kaniula jest zbyt krótką, by mogła przejść przez miejsce zwężone. W wolu, w którym ugniecenie tachawicy zwykło występować nie zbyt nisko, kaniula ta nieraz zupełnie odpowiada celowi. Czasem nawet wystarczy ona, jeżeli koniec jej zachodzi tylko w górną część zwężenia, w tych jednak razach radziłbym przecie używać rurek dłuższych, aby uniknąć wytworzenia się wrzodów odleżynowych przez ocieranie się końca kaniuli o miejsce zwężone a wreszcie żeby, o ile można, rurę tchawicy do jej pierwotnego doprowadzić kształtu, co dopóki nie nastąpił zanik chrząstek, może mieć istotną wartość. Należy też w tym celu bodaj stopniowo dojść do jak najgrubszych rurek a zakładać je nie tylko w razie zwężeń wyższego stopnia, ale i w razie mniejszych, jeżeli tylko wykonano raz tracheotomię; jest to bowiem jedyny sposób powrócenia tchawicy pierwotnego jej kształtu (naturalnie obok tego leczenie wola jest konieczne). Elastyczne katetery cewkowe lub gardzielowe wystarczą tu zazwyczaj przy samem ugnieceniu tchawicy; nie tak można polegać na nich, jeżeli obok tego jest łukowate lub kątowate jej wygięcie. Takież samo postępowanie będzie na miejscu w razie ugniecenia tchawicy z innych przyczyn, zwrócić tylko musimy uwagę na tętniaki aorty, które podczas zakładania rurki są narażone na pęknięcie. Dlatego też radziłbym w zwężeniu tchawicy przez tętniak chwytać się tracheotomii i długiej rurki jedynie w ostateczności, t. j. gdy zagraża śmierć wprost z ugniecenia tchawicy. Wtedy jest to jedyny jeszcze środek ratunku, ale obosieczny. Zwykle jednak chory z tętniakiem umrze wprzód jeszcze z zapalenia płuc i t. p., zanimby nastąpiła śmierć tylko z uduszenia. W obec ugniecenia lewego oskrzela przez tętniak naturalnie wstrzymać się należy od wszelkich prób dylatacyjnych. Przypominam sobie chorego z kliniki Schröttera, u którego z powodu kiły krtani zrobiono tracheotomię. W dwa lata później zjawił się chory z przypadami zwężenia tchawicy pod kaniulą, na co mu dłuższą kaniulę założono. Chory oddychał przez tę kaniulę dobrze, wyjęcie jej znosił jednak tylko na krótki czas; raz zaś po wyjęciu jej nastąpiło zupełne zatkanie tchawicy i chory w kilka minut w oczach naszych zginął z zaduszenia. Sekcya wykazała ugniecenie tchawicy przez tętniak aorty, na miejscu zaś ugniecionem wrzód odleżynowy z ogołoceniem chrząstek tchawicy.

Podobnie jak ugniecenie od zewnątrz tchawicy, może także zdarzyć się ugniecenie jej od wewnątrz przez zbyt wielką kaniulę, albo też przez jej łukowatą wypukłość. Po dłuższem noszeniu kaniuli znajdujemy kątowate zagięcie tylnej ściany na granicy krtani i tchawicy; szczyt zagięcia stanowi spód chrząstki obrączkowej, od którego zbacza w tył tylna ściana tchawicy. Zboczenie to jednak samo przez się nie ma zwykle żadnego znaczenia; wspominam o niem tylko dlatego, że jest ono skutkiem przystósowania się rury oddechowej do łukowatego kształtu kaniuli. Ważniejsze jest wypchnięcie tylnej ściany tchawicy ku tyłowi jakie kaniula u małych zwłaszcza dzieci wytwarza po długiem noszeniu. Tutaj ściana tylna zostaje rozciągniętą a przytem może czasem i końce łuków chrząstek są zwiotczałe; dość, że niema ona odpowiedniej odporności na ucisk zewnętrzny. Wyjąwszy kaniulę znajdziemy tu tchawicę prawidłową, jeżeli dziecko spokojnie się zachowuje; przy niepokoju natomiast dziecka a zwłaszcza przy kaszlu widzieć możemy, że tylna ściana wtłacza się w światło tchawicy tak, że w niej pozostaje tylko wązki, półksiężycowy otwór. Podczas wdechu zmniejsza się wypuklenie tylnej ściany a tem samem i światło tchawicy rozszerza się znowu. Czasami, lubo rzadziej, widziałem wpuklenie się ścian bocznych tchawicy, co już bezwarunkowo dowodzi rozmiękczenia chrząstek. Stany te występują w ogóle u dzieci małych, tem łatwiej im młodsze dziecko i im dłużej pozostaje kaniula w tchawicy. Łatwo pojąć, że jeżeli dziecko po wyjęciu kaniuli zachowuje się spokojnie, to za przytkaniem przetoki oddech będzie zupełnie lekki i pozostanie lekkim po ściągnięciu się otworu tchawicy. Dopiero w czas jakiś, gdy dziecko zacznie płakać lub kaszleć a najczęściej wśród snu bez powodu, wystąpią przypady zwężenia nieraz bardzo groźne. Tutaj po rozwarciu przetoki nic nieprawidłowego nie znajdziemy; to też przypadki tego rodzaju zazwyczaj bierze się na karb skurczu głośni, gdy tymczasem właściwą przyczynę stanowi zwiotczenie i zapadnienie się tylnej ściany tchawicy, jak o tem tak łatwo przekonać się można podczas tracheoskopii.

Dodać jeszcze muszę, że do wybadania tych spraw lepsze są krótkie wzierniki jak mianowicie lejki uszne, gdyż dłuższe, tem samem głębiej wprowadzone, tamować będą zapadanie się tylnej ściany.

Leczenie polega na usunięciu przyczyny a więc na wprowadzeniu kawałka kateteru zamiast kaniuli; jeżeli sprawa nie trwała zbyt długo, to rozepchana część błoniasta tchawicy skurczy się znowu. Jeżeli jednak do rozmiękczenia chrząstek już przyszło, wtedy stan ten nie da się usunąć i kaniula lata pozostawać musi, zanim z wiekiem chrząstki znów nabiorą pewnej tęgości.

W końcu wspomnieć musimy o ciałach obcych w tchawicy i oskrzelach. Podaliśmy już powyżej jakie wskazania zachodzą tu do tracheotomii. Po rozcięciu tchawicy czasem ciało obce samo w oczy wpada i trzeba je tylko uchwycić w szczypczyki, aby je wydobyć, czasem trzeba je, gdy jest mocno zaklinowane, wydobywać z pewnym trudem a wtedy może być wskazane i rozszerzenie cięcia, lepiej bowiem zrobić cięcie szersze, niż przez zbyt usilne wydobywanie ciała obcego pokaleczyć błonę śluzową. Jeżeli ciało obce głębiej siedzi, założyć należy w leżącej pozycyi chorego wziernik i wydobyć je pod jego kontrolą. Jeżeli wcale nie jest widocznem, musimy iść po nie na ślepo, kierując się wynikiem badania i uczuciem. Tak wyjąłem strzałkę z dolnej gałęzi prawego oskrzela w przypadku, o którym powyżej wspomniałem. Użyłem do tego szczypczyków krtaniowych, nieco łukowato zagiętych, które u chorego, 14-letniego chłopca, na 19 ctm. w głąb wprowadziłem [1]). Ciała obce w tchawicy

[1]) Patrz: Przegląd lek. 1887 i Wien. med. Blätter 1888.

u tracheotomowanych łatwiej się przytrafić mogą, niż u nietracheotomowanych; tamci bowiem ciało obce t. j. kaniulę stale noszą w tchawicy. To też trafiają się przypadki oderwania się kaniuli od płytki jej szyjnej i wpadnięcia w głąb. Zwykle kaniula ugrzęźnie tu w jednem z obu oskrzeli głównych, gdzie może przebywać długi czas nie tylko bez groźnych następstw, ale i bez żadnych objawów auskultacyjnych.

Miałem dotąd dwa przypadki wpadnięcia kaniul: raz do prawego a raz do lewego oskrzela. Oba razy szmery oddechowe były nad obu płucami zupełnie prawidłowe i kaniulę tylko można było widzieć za pomocą tracheoskopu. W pierwszym przypadku [1]) była to kaniula kauczukowa, która tkwiła w prawem oskrzelu tak, że górny jej koniec opierał się o prawą ścianę tchawicy a okienko swą połową górną wystawało nad klinem podziałowym. Gdyby nie to okienko musiałby oddech okazać się utrudnionym nad prawem płucem. Po wielu zachodach zahaczyłem ostatecznie za użyciem chloroformu i kokainy za brzeg tego okienka lekko zagiętym haczykiem tępym przez wziernik pod kontrolą wzroku i w ten sposób kaniulę wydobyłem.

W drugim przypadku, który opowiedziałem w Tow. lek. krakowskiem, znalazłem u chorego w oddziale prof. Obalińskiego metalową kaniulę, tkwiącą w oskrzelu lewem tak, że była zwróconą otworem ku tchawicy. Ponieważ kaniula była dość brudna (lat kilka noszona), przeto wyglądała podobnie, jakby ściany oskrzela były szarą wydzieliną pokryte, a że przylegała ściśle do ścian, przeto nie było można widzieć nigdzie wolnego brzegu. Jedynie zygzakowate, ostre odgraniczenie owego niby okładu szarego od różowej błony śluzowej potwierdzało podanie chorego, dla którego auskultacya żadnej nie dawała podstawy. Po zachloroformowaniu uchwyciłem kaniulę na ślepo szczypczykami krtaniowemi stósownie wygiętemi, ustawiwszy ich łyżeczki tak, żeby z przodu w tył się rozwierały i trzymając się ściany przedniej i z łatwością wyciągnąłem aż do przetoki. Przeprowadzenie kaniuli przez przetokę w obu przypadkach natrafiło na znaczną trudność tak, żem naprzód chwycił ją w szczypce zamykane i powoli przez przetokę przeciągałem, przyczem mi łyżeczka uszna była bardzo użyteczną.

W trzecim przypadku, o którym też mówiłem w Tow. lek., wpadł według podania korek do tchawicy. Podczas badania znalazłem w prawem oskrzelu kępę śluzu, który nie był na ścianach rozpostarty, ale siedział jak guz na samym dole wewnętrznej ściany oskrzela. Łatwo było się domyśleć, że oblekał on jakieś ciało okrągławe, tam tkwiące. Przez wziernik więc w pozycyi siedzącej chorej wprowadziłem szczypczyki krtaniowe i korek wyciągnąłem aż do przetoki tchawiczej, przez którą przeprowadzić go nie mogłem; wymknął mi się przytem ze szczypczyków, ale przy kaszlu pokazywał się znowu co chwila tak, że go mogłem uchwycić prostemi szczypczykami i wyciągnąć przez przetokę.

Z narzędzi używanych do wydobywania ciał obcych z tchawicy lub oskrzeli, oprócz powyżej podanych szczypczyków krtaniowych i tępego haczyka wspomnieć winienem jeszcze o pierścieniu na zakrzywionej rączce, jaki zalecił Roser do wyjmowania ciał okrągłych pęczniejących, jak groch i t. p., oraz podwójny drut haczykowato zagięty, który zalecił Maunder. Dodałbym do tego jeszcze swoją łyżeczkę tchawiczą powyżej wspomnianą, od której spodziewałbym się w pewnych razach dobrych usług.

[1]) Patrz: Przegląd lek. 1888.

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

Na tem samem posiedzeniu Zjazdu następny odczyt miał w tej samej kwestyi Kiener [1]), który wnioski swe wyraził w sposob bardziej stanowczy, lecz w znaczeniu wprost przeciwnym. — Z pomiędzy tworów śródkomórkowych w rakach, opisanych przez wielu badaczów jako pierwotniaki, niektóre zaliczone nawet do najbardziej typowych nie spotykają się częstokroć zupełnie w tych nowotworach, gdy inne znow spostrzegać można w wytworach nabłonkowych natury czysto zapalnej. Ażeby ustrzedz się omyłki w ocenieniu istoty tworów śródkomórkowych, należy mieć na uwadze dwie sprawy patologiczne w naskórku. Pierwszą z nich jest zboczenie w sprawie zrogowacenia, (*kératinisation*), dzięki któremu komórka naskórkowa lub niekiedy cały ich konglomerat, zamiast przemienić się w cienką warstewkę rogową, ulega przeistoczeniu szklistemu, zachowując zarysy jądra, i otacza się jednolitą błonką bezbarwną. Tak zmienione komórki, szczególnie jeżeli większa ich ilość tworzy jedną grupę, przedstawiają rzeczywiście pewne podobieństwo do okresu tworzenia zarodników (*enkystement et sporulation*) psorospermij.

Drugą z tych spraw stanowi zboczenie w przebiegu karyokinezy. Niekiedy jedna z komórek nabłonkowych ulega przerostowi, uciskając otaczające ją, które spłaszczają się coraz bardziej i tworzą wreszcie naokoło niej układ płaskich tworów koncentrycznych; jądro zaś jej nadzwyczaj bogate w chromatynę nie dzieli się drogą karyokinezy, lecz przemienia się w jedno lub kilka ciał chromatynowych, mocno się barwiących. Jeżeli zmiany takie odbywają się w komórce wielojądrowej, to powstałe stąd twory mogą łatwo robić wrażenie obecności drobnoustrojów pierwotniakowych wewnątrz komórek nabłonka.

Ch. Firket [2]) spostrzegał na preparatach mikroskopowych z brodowczaka włóknistego z okolicy odbytnicy pomiędzy komórkami nabłonka pokrywającego guz, ciało kuliste lub owalne, zawierające wewnątrz kulki mocno błyszczące. F. widzi znaczne ich podobieństwo do tworów śródkomórkowych, opisanych przez Malasseza, Thomę, wreszcie van Heukeloma, lecz co do ich pochodzenia, to uważa je za przeistoczone szkliste skrzepy i komórki nabłonka. W dyskusyi nad przytoczonemi trzema odczytami zaznaczył Marchand znacznie większe prawdopodobieństwo degeneracyjnej natury przerzeczonych tworów śródkomórkowych w rakach, niż możliwości pasorzytniczego ich pochodzenia. Według zaś Steinhausa twory te należą do dwóch różnych zupełnie kategoryj: jedne z nich, nie mające żadnej budowy wewnętrznej stanowią wytwory przemiany klejowatej, drugie, mające wyraźne cechy budowy komórkowej, pierwoszcze i jedno lub więcej jądro, są to wciśnięte do wnętrza komórek rakowych leukocyty. Czy istnieje jeszcze trzecia kategorya rzeczywistych pasorzytów rakowych — teraz jeszcze niema na to danych.

[1]) Sur la signification de certaines formations epidermoïdales pathologiques qui pourraient être confondues avec des psorospermies. (Verhandl. d. X intern. med. Congr. Abth. III.).

[2]) Demonstration d'éléments anormaux dans l'epithélium de revêtement d'une tumeur. (Verh. d. X intern. med. Congr. III Abth.).

W pierwszej swej pracy nieco ostrożniej, w drugiej już całkiem stanowczo oświadcza się A. Kosiński [1]) za pochodzeniem pasorzytniczem tworów, spostrzeganych przez siebie w wakuolach komórek rakowych. Odróżnia on 4 główne ich typy: pierwszy stanowią postacie składające się z pierwoszcza i jądra z jąderkiem, drugi — jednorodne pierwoszcze bez jądra, czasem z nielicznemi kulkami, barwiącemi się safraniną, trzeci — protoplazmatyczna masa, zawierająca mnóstwo kulek safraninowych o różnej ilości barwika, czwarty — także masa z wielu ciałkami sierpowatemi, mocno barwiącemi się safraniną, w których dostrzedz można coś w rodzaju budowy wewnętrznej.

Zastanawiając się nad pochodzeniem tych tworów, odrzuca Kosiński hipotezę o wewnętrznym rozmnażaniu się komórek, zarówno jak i możliwość mechanicznego wtłaczania się (*invaginatio*) komórek i wybiera przypuszczenie, że postacie te śródkomórkowe są to pasorzyty, *sporozoa* a nawet porównywając je z różnemi rodzajami pierwotniaków, opisanych w monografii Pfeiffra, zaznacza on największe podobieństwo do form rozwojowych rodzaju *Eimeria*.

Wakuole, zawierające różnej wielkości twory rozmaicie barwiące się, widział Steinhaus [2]) w jądrach komórek mięsaka barwikowego (*Melanosarcoma*) i wątroby marskiej (*cirrhosis*). Zachowanie się ich względem barwików było różne a nawet spotyka się wewnątrz jednego jądra kilka ciał tego rodzaju, różnie się barwiących, czerwono (safranina) lub niebiesko (hematoksylina). Czy są to osobniki pasorzytnicze, czy też wytwory przemian wstecznych, autor rozstrzygać nie chce. W pracy swej o tworach w komórkach raka [3]) podaje tenże autor wyniki zbadania 30 tu nowotworów rakowych. W większej liczbie przypadków przerzeczone twory spotykały się w bardzo nieznacznej ilości; w niektórych nie można było wcale ich wykazać. Najobfitszą ich obecnością odznaczały się raki sutka. Spotykane twory dzieli Steinhaus na dwa rodzaje, stósownie do ich umiejscowienia: twory jądra komórki i twory pierwoszcza. Pierwsze z nich znalazł tylko w jednym przypadku raka sutka i to w 3-ech głównych typach: 1-e zupełnie jednolite (*homogen*) bez śladów budowy wewnętrznej, 2-e zawierające jedno zabarwione jąderko w jaśniejszem polu i 3-e najrzadziej spotykane, posiadające liczne ciałka chromatynowe kształtu sierpowatego lub nieprawidłowego. Jeszcze większą rozmaitością kształtu i zabarwienia odznaczają się twory wewnątrz ciała komórki: bywają one okrągłe, owalne, półksiężycowate, jednolite lub zawierają wewnątrz jąderka i liczne ciałka chromatynowe. Barwią się dobrze różnemi barwikami, jak nigrozyna, eozyna, fuksyna, błękit anilinowy i inne. Większość spostrzeżonych postaci stanowczo nie jest wytworem spraw wstecznych, degeneracyjnych w komórkach raka tak, iż można się wahać w orzeczeniu ich pochodzenia tylko między dwoma przypuszczeniami: albo są to zmienione leukocyty, które wcisnęły się do wnętrza komórek nabłonkowych, albo pasorzyty. Przyznać należy, że zupełnie jasnych dowodów dać nie można ani za ani przeciw żadnym z tych tłomaczeń. Dla niektórych jednakże z opisanych tworów drugie z nich t. j. przypuszczenie pochodzenia pasorzytniczego jest prawdopodobniejszem.

W dalszych swych badaniach [4]) nad rakiem skórnym podeszwy objaśnia Steinhaus powstawanie zagadkowych postaci morfologicznych w ogniskach komórek płaskich raka skórnego, jakie przedstawiali Pfeiffer i Wickham za niewątpliwe pasorzyty, wynikiem sprawy zrogowacającej tych komórek wewnątrz bujających wypustków nowotworu. O ile więc spotykają się niekiedy w rakach twory, które uważać należy za pasorzyty, o tyle ich do tej kategoryi zaliczać nie można.

[1]) O fizaliforach rakowych opucholej. (Warszawa 1890), i Sporozoa w komórkach raka (Gazeta lekarska 1892.).

[2]) Ueber abnorme Einschlüsse in dem Zellkern menschlischer Gewebe. (Cntrbl. f. allg. Path. 1891 Nr. 14).

[3]) Ueber Carcinom-Einschlüsse. (Arch. Virchowa T. 126).

[4]) Weitere Beobachtungen ueber Carcinom-Einschlüsse. (Arch. Virchowa J. 127).

Z pomiędzy wielu zjawisk morfologicznych wewnątrz komórek nowotworowych spostrzegał Stroebe [1]) najczęściej przenikanie leukocytów, które znajdywał nietylko w samych komórkach rakowych, lecz i w komórkach podścieliska (*stroma*). Leukocyty ulegają tam rozmaitym zmianom wstecznym, prowadzącym w rezultacie do zaniku; wtedy na miejscu takiego ciałka pozostaje częstokroć *vacuola*, niszcząca wewnątrz resztki chromatynowe jądra różnych kształtów, mocno barwiące się safraniną. Drugi rodzaj tworów stanowią ciała chromatynowe śródjądrowe, które uważa Stroebe za skutek zmian wstecznych w jądrach; postać ich rozmaita nieprawidłowa, to wydłużona, to znów w kształcie czółenka lub ostrza nożyka. — Jest wreszcie trzeci rodzaj tworów o kształcie zupełnie kulistym i budowie wewnętrznej beleczkowatej, których nie można brać za jedno ani z leukocytami ani z ciałkami czerwonemi krwi; w obec niewątpliwego podobieństwa ich do pewnych okresów rozwoju *sporozoa*, taka pasorzytnicza geneza tych tworów zda się najprawdopodobniejszą tem bardziej, że wszelkie inne objaśnienie ich pochodzenia jeszcze mniej ma za sobą pewności.

W najnowszych pracach badaczów rosyjskich pasorzytnictwo śródkomórkowe w nowotworach rakowych przybiera kształty zupełnie określone i pewne i już nie natura spotykanych w rakach tworów, ulega wątpliwościom lub dyskusyi, ale ich ścisły związek etyologiczny z rozwojem samej sprawy nowotworowej.

Podwysocki i Sawczenko [2]) we wspólnej swej pracy starają się wykazać pewną zależność pomiędzy obrazem anatomicznym i klinicznym raka a rodzajem i ilością znajdujących się w nim tworów pierwotniakowych. Ilość ta w oddzielnych przypadkach nowotworów ulega ogromnym wahaniom: najwięcej bywa ich w rakach miękkich (*carcinoma medullare*), w innych zaś tem więcej, im bardziej zbliżają się budową do typu takich raków, im więcej komórki rakowe mają cech nabłonka zarodkowego, im obfitszą jest treść ich pierwoszcza (*protoplasma*), wreszcie w blizkości miejsc rozpadowych nowotworu. Siedliskiem ich bywa albo wnętrze komórek raka albo też szczeliny limfatyczne pomiędzy komórkami; w jądrach komórek nie spotykali autorzy nigdy takich postaci, które mogliby uważać niewątpliwie za *sporozoa*; toż samo tyczy się i naczyń krwionośnych. — Wszystkie spotykane postacie sprowadzić się dadzą do 3 głównych typów, pozostających ze sobą w związku genealogicznym: *a*) twory śródkomórkowe amebowate, *b*) duże zbiorowiska drobniejszych tworów zarówno wewnątrz, jak i zewnątrz komórek, *c*) twory kuliste duże, zawierające wewnątrz większą lub mniejszą ilość ciałek wrzecionowatych.

Zarówno kształt, jak i wielkość tworów amebowatych są nader zmienne: od najdrobniejszych, które można widzieć dopiero przy mocnych powiększeniach immerzyjnych, aż do wielkości ciałka czerwonego krwi i więcej. W tworach tych wyraźnie odróżnić można istotę protoplasmatyczną i jądrową; jąder bywa niekiedy kilka o rozmaitym kształcie. Oprócz opisanych spotykają się jeszcze twory amebowate, w których istota jądrowa znacznie przeważa nad pierwoszczem tak, iż zdaje się niekiedy, że twór taki składa się z samego li tylko jądra. Widzieć można takie obrazy, wskazujące na możność mnożenia się tworów amebowatych drogą podziału prostego, przyczem powstają dwa, niekiedy trzy młode osobniki. Komórki nabłonkowe, zawierające wewnątrz ciała amebowate, nie okazują zwykle widocznych oznak zwyrodnienia a nawet częstokroć jednocześnie z obecnością tworu pasorzytniczego w pierwoszczu komórki jądro jej znajduje się w okresie karyomitozy. Barwiąc podwójnie safraniną i fioletem goryczkowym w wodzie anilinowej otrzymać można różnicę wybitną w zabarwieniu chromatyny komórek rako-

[1]) Zur Kenntniss verschiedener zellulärer Vorgänge und Erscheinungen in Geschwülsten. (Beitr. zur pathol. Anat. 1891. Bd. XI).

[2]) O pasorzytnictwie w nowotworach rakowych wraz z opisem niektórych postaci *sporozoa* w komórkach raka. Wracz 1892, Nr. 7 (po rosyjsku).

wych i pasorzytów: pierwsza z nich przybiera kolor fiołkowy, podczas gdy istota chromatynowa pierwotniaków otrzymuje barwę pomarańczowo-czerwoną. Za odpowiedniem więc barwieniem twory te występują w tkance tak wyraźnie i po większej części o tyle charakterystycznie, że nawet przy największej dozie sceptycyzmu zaledwo może powstać myśl o możności nieodróżnienia ich od elementów tkankowych lub wytworów ich zwyrodnienia. Już z tego względu możemy wnosić z całą pewnością, iż mamy tu do czynienia z tworami zupełnie obcemi dla ustroju.

Ostateczny dowód, że są to rzeczywiście pasorzyty z grupy *sporozoa*, stanowią wykryte przez autorów postacie typowe dla pewnych okresów rozwoju *sporozoa*, które wyłączają już wszelką możność pomięszania ich z czem innem. Są to twory kuliste, większe zazwyczaj od ciałka czerwonego krwi, wypełnione wewnątrz większą lub mniejszą ilością zarodków wrzecionowatych o wyraźnych zupełnie zarysach. Spotykają się one stósunkowo rzadko; częściej widzieć można postacie przejściowe pomiędzy niemi a przedstawionemi powyżej tworami amebowatemi, gdzie istota chromatynowa nie jest tak wyraźnie wyosobniona, lecz przybiera kształty to okrągławe, to wydłużone, to sierpowate. Analogicznie do cyklu rozwoju kokcydyj twory kuliste z zarodkami należy nazwać sporocystami. Największe ze spotykanych postaci stanowią ogromne torbielowate zbiorniki mnóstwa pojedyńczych zarodków i drobnych sporocyst, mieszczące się najczęściej zewnątrz komórek.

Zestawiając szereg spostrzeganych postaci, przychodzą autorzy do przekonania, że we wszystkich przypadkach ma się do czynienia z jednem i tem samem zjawiskiem pasorzytnictwa śródkomórkowego i że pomiędzy wszystkiemi postaciami tych *sporozoa* istnieją tylko różnice ilościowa i rozwojowa. Prawdopodobnie zarodki, wydobywszy się ze wspólnej torbieli macierzystej, rozchodzą się w otaczającą tkankę, przenikają wewnątrz komórek rakowych, gdzie rozwijają się i przemieniają w opisane już ciała amebowate.

Czy wszystkie te *sporozoa* zaliczać należy do jednego gatunku, czy też są pomiędzy niemi przedstawiciele kilku gatunków — obecnie rozstrzygnąć nie można; zdaje się jednak prawdopodobniejszem przypuszczenie drugie. Ta okoliczność, że przerzeczone twory nie znajdują się nigdy w elementach łącznotkankowych, że nawet w miejscach największego ich nagromadzenia nie występują nigdy objawy zapalne w tkance — dowodzi niewątpliwie, że sporozoa w przeciwieństwie do bakteryj nie wydzielają takich substancyj chemicznych, któreby działały chemiotaktycznie na komórki mezodermiczne.

Bezpośredniej zależności przyczynowej szybkiego rozrostu nabłonków od obecności pasorzytów teraz jeszcze, zdaniem autorów, udowodnić nie można, lecz pośredni ich związek z bujaniem nowotworu jest bardzo prawdopodobny. Mianowicie z jednej strony mogą one, mieszcząc się wewnątrz komórek, zarażać rozwijającą się tkankę nowotworową i przez drażnienie pobudzać ją do rozrostu, z drugiej zaś, wytwarzając produkty trujące, jak to wykazał Pfeiffer, sprzyjać rozwinięciu się charłactwa (*kacheksyi*) rakowego i osłabieniu całego ustroju. (C. d. n.)

Chirurgia.

Korsch (z kliniki Bardelebena): **O opatrzeniu ambulatoryjnem w złamaniach podudzia, uda i złamaniach powikłanych.**

Według myśli zapomnianej Seutina a na wzór znakomitych przyrządów bandażysty Hessinga, zaleca autor nowy sposób opatrywania złamanych kończyn dolnych, celem jak najrychlejszego ich używania do chodu. Do opatrzenia używa gipsu, który nakłada bez poprzedniego owijania kończyny w watę i opaski, wprost na skórę tłuszczem pomazaną. Ma to jedynie dokładnie ustalać naciągniętą i naprawioną kończynę w należytem położeniu, bez narażenia na odleżyny a chroni od zesztywnienia stawów i zaniku mięśniów. Nietylko to; sposób ten pozwala, rychło używać złamanej kończyny do nieomal prawidłowego chodzenia o lasce a w najgorszym razie do chodzenia na kulach, przez co unika się wszystkich przykrości i niebezpieczeństw (u starych) leżenia a nadto znacznie szybciej zrastają się odłamki. Opatrzenie, w którem ma się chodzić, musi być w złamaniach podudzia wzmocnione fornirami, w złamaniach uda stósownym aparatem drucianym, szkielet szyny Thomasa przypominającym; w ogóle jednak pokład gipsu ma być wcale skromny.

Zasadniczym warunkiem dobrego opatrzenia jest nadzwyczaj dokładne założenie pierwszych pokładów gipsu, co łatwo zrobić przez częste ucinanie skośnie bieżących tur; dalsze warstwy zakładać można zupełnie swobodnie, ale zawsze lekko. Pewna wprawa jest tu oczywiście konieczna. Opatrzenie zakłada się w złamaniach podudzia na drugi dzień lub natychmiast, gdy noga nie brzęknie; w obec złamania kostek po 8 dniach, w ciągu których używa się okładów wysychających i masuje; na złamane udo zakłada się na tydzień ekstenzyę mocno obciążoną, bo do 25 funtów. Wobec złamań powikłanych ze zranieniem, jeżeli rana czysta, natychmiast, jeśli zanieczyszczona, po odpowiednim czasie (gdy zacznie granulować), kładzie na ranę płatek gazy jodoformowej a na to w zwykły sposób gips, który ma wydzielinę dobrze wsysać; gdy gips przemoknie, owija go znów z wierzchu gazą lub zmienia całe opatrzenie. W razie złamania podudzia powinno się zawinąć stopę i dolną trzecią część uda a więc, jak zwykle, objąć opatrzeniem dwa przyległe stawy. Najtrudniej założyć opatrzenie należycie ustalające na udo: tutaj naprzód owija się gipsem całą kończynę aż do kostek, potem zakłada odpowiednią obręcz drucianą owiniętą opaskami pod kością siedzeniową, podpierającą miednicę, od której idą dwa boczne druty, wreszcie kończyny. Wszystko razem owija się znowu opaskami gipsowemi wraz z miednicą. Po tem opatrzeniu autor widział po 10 dniach dziewczynę chodzącą o lasce, tem rychlej w innych złamaniach.

Zdaje się, że ten sposób opatrywania złamań jest nie tylko oryginalnym, ale stanowić będzie prawdziwy postęp w leczeniu złamań kończyny dolnej. Zachodzi tylko pytanie, czy należy śmiało polecić ten sposób dla lekarzy praktyków, którzy bądź z niedostateczną wprawą mogą go stósować, bądź, co ważniejsza, nie będą często w stanie chorych doglądać i zawiniętej kontrolować kończyny. Tam więc, gdzie się nie ma chorego pod ręką, lepiej zachować wszelkie ostrożności starych sposobów. (*Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 4. 1893*). *Dr. Gabryszewski.*

T. Drobnik (w Poznaniu): **O przenoszeniu czynności mięśni w porażeniach dziecięcych.**

Pomiędzy przypadkami stopy szpotawej na tle porażenia mięśni wyprostnych stopy, zdarzają się niekiedy takie, w których porażenie dotyczy tylko mięśnia wyprostnego palców nogi i strzałkowego trzeciego przy równoczesnem zachowaniu czynności mięśni wyprostnego palucha długiego i piszczelowego przedniego, jakkolwiek wszystkie te mięśnie unerwia nerw strzałkowy (*nervus peroneus*). W takich przypadkach stopa przybiera postać stopy kopyto-szpotawej (*pes equino-varus paralyticus*) o charakterystycznem skurczeniu palucha, różniącem ją od innych. Paluch, jak to spostrzegał autor w opisanym przez siebie przypadku, pod działaniem mięśnia wyprostnego długiego kurczy się w ten sposób, że członek pierwszy stoi prostopadle do pierwszej kości śródstopia poziomo ustawionej, członek zaś paznogciowy prostopadle do niego a więc równolegle do tej kości śródstopowej. Zniechęcony wynikiem leczenia ortopedycznego, które nie zdołało znieść o tyle tego położenia palucha, aby umożliwić używanie trzewika, autor wpadł na myśl przecięcia ścięgna mięśnia wyprostnego palucha długiego i zeszycia jego brzuśca mięsnego ze ścięgnem mięśnia wyprostnego długiego palców nogi. W ten sposób przenosząc czynność z pierwszego z nich na drugi, znosił autor szkodliwą tu czynność mięśnia wyprostnego palucha długiego i powoływał do życia działalność m. wyprostnego palców długiego, od której głównie zależy unoszenie

stopy. Operacyę tę, po przecięciu ścięgna Achillesa i usunięciu postaci kopytowej stopy, wykonał on na wysokości granicy pomiędzy dolną a średnią $^1/_3$ goleni; łączone ścięgna szył jedwabiem, przyłożywszy jedno na drugie, chcąc w ten sposób zeszyć je mocniej i oprócz tego nieco skrócić wydłużone długotrwałem położeniem nieprawidłowem ścięgna mięśni wyprostnych.

Po dwóch tygodniach, po zdjęciu opatrzenia ustalającego okazało się, że stopa bez żadnej podpory trzyma się w postawie prawidłowej i że palce nogi prostują się dowolnie, chociaż słabo. Masaż i elektryzacya przyczyniły się do dalszego postępu ozdrowienia. (*Gazeta lekarska 5. 1893*).

L. Kryński.

Ginekologia.

Pinard: **Ischio-pubiotomia albo operacya Farabeufa.**

Na posiedzeniu Akademii lekarskiej paryzkiej w dniu 10. stycznia 1893 przedstawił autor kobietę lat 32 liczącą, która zaczęła chodzić w 18 miesiącu życia swego, lecz niebawem była zmuszoną z niewiadomej przyczyny do pozostania w łóżku przez 16 miesięcy. W roku 1887 rodziła po raz pierwszy: po bezowocnem zastósowaniu kleszczy wymóżdżenie. Waga dziecka 4120 gr.

W roku 1888 zgłosiła się w ósmym miesiącu księżycowym ciąży do Maternité de Lariboisière, gdzie ją autor badał w narkozie i znalazł miednicę skośnie ścieśnioną ze stężeniem *(ankilozą)* spojenia krzyżowo biodrowego prawego; wymiar prosty wchodu wynosił 8 cm.

Wobec tego wywołał poród pszedwczesny a skoro ujście macicy zewnętrzne zupełnie się rozwarło, wykonał obrót na nóżki z następową ekstrakcyą. Wytoczenie główki było trudne i dopiero za pomocą zabiegu Champetiera de Ribes udało mu się wydobyć dziecko omdlałe, które ocucone żyło 5 miesięcy. D. 25. maja 1890 roku rodziła po raz trzeci a gdy założenie 6-krotne kleszczy na główce nieustalonej nie doprowadziło do celu, wykonał obecny przy porodzie lekarz obrót na nóżki i wydobył tułów, ale główki nie można było wytoczyć ręcznie; założono kleszcze i podczas gdy szwagier rodzącej wykonywał nadzwyczaj silne trakcye, lekarz dwoma palcami wprowadzonemi do ust dziecka wytaczał główkę i wydobył ją, lecz dziecko było nieżywe.

Czwarta ciąża zakończona w 8-mym miesiącu w klinice Baudeloqua w 1891 roku kleszczami; dziecko nieżywe. Dnia 29. września 1892 r. zgłosiła się znowu do kliniki Baudeloqua, gdzie ją autor badał i znalazł ciążę w 34. tygodniu a nadto stwierdził ponownie zmiany miednicy w r. 1888 rozpoznane, o czem się przekonali prof. Krassowski i Farabeuf. Ponieważ osoba ta żądała koniecznie, aby wszystko uczynić, by mogła mieć dziecko żywe, a autor sądził, że wywołanie przedwczesnego porodu nie doprowadziłoby prawdopodobnie do pożądanego celu, miał przeto tylko do wyboru między cięciem cesarskiem a symfizyotomią. Cięcia cesarskiego nie chciał robić ze względu na matkę, druga zaś operacya nie dawała dostatecznej pewności powiększania się wymiarów miednicy tak, aby główka płodu donoszonego mogła się urodzić, ze względu na stężenie spojenia krzyżowo-biodrowego.

Wskutek tego zasięgnął Pinard rady prof. Farabeufa, który poradził mu zastósowanie w tym przypadku *ischio-pubiotomii*, która wykonywana poprzednio na trupach, dawała doskonałe wydłużenie wymiaru prostego miednicy. Tej też rady usłuchał i autor i oczekiwał rozpoczęcia się czynności porodowej. Dnia 8-go listopada pojawiły się pierwsze bóle porodowe a dnia 9-tego o godz. 5 rano wykonał zamierzoną operacyę, przeciął mianowicie gałąź poziomą kości łonowej i gałąź wstępującą kości siedzeniowej po stronie prawej, w odległości 5—6 ctm. od linii środkowej ciała i wydobył następnie za pomocą kleszczy Farniera na główce wysoko stojącej płód żywy 3970 gr. ważący, a podczas wydobywania przestrzeń pomiędzy odcinkami kości wynosiła co najmniej 4 ctm., krwawienia nie było prawie żadnego, a po operacyi odcinki kostne tak się do siebie zbliżyły, że nie zakładał szwu kostnego, tylko zeszywszy części miękkie i ułożywszy matkę do łóżka, opatrzył ją jak po symfizyotomii. Połóg przebiegał bez żadnych zboczeń a rana pooperacyjna wygoiła się tak szybko, że pacyentka wstała już dnia 19. grudnia (40. dnia po porodzie), jako zupełnie uleczona i prawidłowo chodząca.

Autor kończy wykład propozycyą nazwania tej operacyi, operacyą Farabeufa, przeciw temu jednak nazwaniu podniosły się głosy w dyskusyi. (*Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*). *Dr. Zoll.*

Choroby dzieci.

Troicky: **O zewnętrznem używaniu chininy u dzieci.**

Z jednej strony łagodna forma wprowadzania chininy przez skórę, z drugiej trudność podawania jej przez usta z powodu bardzo często towarzyszących temu wymiotów, co wobec nierzadkiej dyspepsyi sprawia jeszcze większe zadrażnienie błony śluzowej żołądka, skłania wielu pedyatrów do wcierania leku tego w postaci maści, do zadawania roztworów, przykładanie plastrów lub okładów chininowych. Inne sposoby stósowania środka tego, jak za pomocą lewatyw, nieraz są niemożebne do wykonania a na wstrzykiwania nie zawsze rodzice chcą się zgodzić.

Autor używał wcierania chlorku chininy w rozczynie 1:30 wyskoku lub 1:20 wyskoku + 10 gliceryny a nie w postaci maści, gdyż ta pozostawia zawsze cienką warstwę na skórze, jest tylko mechaniczną mięszaniną a wcieranie jest bardzo nużącem — u 48 dzieci zdrowych w wieku od 6 miesięcy do 10 lat. Przed stósowaniem wcierania dokonywanego rano i wieczór w ilości 1 do $1^1/_2$ łyżeczki kawowej rozczynu wyż opisanego (który zawierał 0·35 do 0·5 chininy na dawkę), dzieci kąpano lub przynajmniej obmywano miejscowo wodą i mydłem. Ilość wcierań u dziecka każdego była 4—5. Badanie moczu metodą Brandta w celu wykazania wytworów z chininy (dioksychininy Wernera), kontrolowało, czy i ile chininy zostało wessane. Doświadczenia te wykazały, że: 1) Przejście chininy do moczu po wcieraniach rozczynów wyskokowych lub wyskokowo-glicerynowych, tylko w tej formie dających się stósować zewnętrznie, nie ulega wątpliwości.

2) Ilość wytworów z chininy moczem wydzielonych jest tak mała, że działania wzmacniającego lub obniżającego ciepłotę tej metodzie stósowania tego leku przypisać nie można, gdyż obniżenie ciepłoty, jakie czasami występuje, nie tyle przypisujemy przejściu alkaloidu do krwi ile wcieraniu wyskoku, który parując z powierzchni odciąga ciepło stósownie do swego stopnia i do wielkości powierzchni.

3) Możność dostania się chininy do krwi po wcieraniach jej jest udowodniona.

4) Stopień wessania chininy przez skórę zależy od indywidualności wieku i stanu zdrowia dziecka.

5) Najodpowiedniejsze miejsce do wcierań jest część piersiowa grzbietu.

6) Niemożność ścisłego oznaczenia ilości wessanego alkaloidu stanowi główną przeszkodę w używaniu tego sposobu. (*Archiv f. Kinderheilkunde. 1893. I i II H.*).

Felsenthal: **Studya hematologiczne.**

Autor badał krew u 27 dzieci gorączkujących co do stósunku ciałek krwi do siebie, ilości w nich hemoglobiny i szczegółowej ich budowy histologicznej. W 3 przypadkach zapalenia płuc włóknikowego wykazał, że na szczycie gorączki istnieje leukocytoza kosztem ciałek białych wielojądrzastych i brak zupełny komórek eozynofilnych, z chwilą zaś wystąpienia przesilenia ustępuje leukocytoza a powraca eozynofilia. Badania krwi w 8 przypadkach błonicy wykazały leukocytozę znikającą po ustąpieniu spraw zapalnych, charakteryzujących się bardzo licznemi leukocytami wielojądrzastemi i tylko gdzieniegdzie znajdującemi się komórkami z ziarnistością zasadową (bazofil). Podczas płonicy krew okazuje wysoki stopień leukocytozy na rzecz komórek wielojądrzastych w okresie osutki, której towarzyszy znaczna eozynofilia. Wśród całego przebiegu duru brzusznego (dwa przypadki) nie istnieje we krwi leukocytoza, owszem w okresie 1. i 2. tyfusu jest nawet zwiększenie ilości ciałek krwi czerwonych, w okresie rekonwalescencyi zmniejszenie; prze-

ważną ilość i tak nielicznych leukocytów stanowią wielojądrzaste. Badanie krwi w przebiegu odry może niejako być środkiem rozpoznawczym dla odróżnienia od płonicy, gdyż w odrze ilość ciałek krwi czerwonych prawidłowa, białych zmniejszona, lecz między niemi najwięcej jest wielojądrzastych, eozynofilne nader skąpe.

Tak więc nie we wszystkich ostrych chorobach zakaźnych jest leukocytoza, lecz, gdzie jest, to zostaje w prostym stosunku do stopnia gorączki. Antagonizmu między obu formami pierwocin krwi w ostrych chorobach gorączkowych niema, co znaczy, że w miarę zwiększenia się białych ciałek krwi, nie zmniejsza się ilość czerwonych; zwiększenie się ilości leukocytów we krwi pochodzi głównie ze zwiększenia się dowozu tychże ciałek z organów krwiotwórczych, lecz nie da się zaprzeczyć, wnosząc z obrazu leukocytów a mianowicie z zachowania się chromatyny w jądrze, jakoteż różnych form jąder, aby w samej krwi krążącej nie mogło przyjść do powstawania nowych leukocytów przez podział.

Autor opisuje 3 przypadki niedokrewności wrzekomej bieliczej *(anaemia pseudoleukaemica (splenica))* Jakscha u dzieci w wieku od 10 miesięcy do $1^3/_4$ lat o nieznacznem obrzmieniu gruczołów, znacznem powiększeniu śledziony a żółtawem zabarwieniu skóry. Badania krwi wykazały *oligocytaemia*, *oligochromaemia* i znaczną leukocytozę. Badanie histologiczne części składowych krwi przedstawia, że erytrocyty okazujące polichromatofilią są nierównej wielkości, bardzo często wielojądrzaste z objawami karyokinezy, leukocyty duże i małe przeważają, w mniejszej ilości wielojądrzaste, skąpe eozynofilne i bardzo nieliczne duże jednojądrzaste komórki z wielkim jądrem a wąską plasmą. Badania krwi w przebiegu krzywicy dokonał autor u 12 dzieci w wieku od 9 miesięcy do 2 lat i wykazał, że ilość ciałek krwi czerwonych prawidłowa, białych 2—5 razy zwiększona a hemoglobiny znacznie zmniejszona. Obraz histologiczny składników krwi wykazuje niezbyt liczne, różnej wielkości jedno lub wielojądrzaste, okazujące nieraz polichromatofilię erytrocyty, szczególnie w ciężkich formach krzywicy, leukocyty małe i wielkie jądrzaste przeważają, wielojądrzaste w mniejszej ilości, skąpe eozynofilne odosobnione (gdzieniegdzie) komórki z zasadową granulacyą i wielkie jednojądrzaste z dużem jądrem a małą plasmą. *(Archiv f. Kinderheilkunde. 1 i 11 H. 1893)*.

Dr. Komorowski.

Medycyna sądowa.

I. Borntraeger: **Odpowiedzialność karno-sądowa lekarza przy używaniu chloroformu i innych leków znieczulających.**

Praca powyższa, napisana na temat podany przez Towarzystwo Hufelanda, zyskała nagrodę Alvarenga. Nadzwyczaj trudno podać pewne ogólne zasady co do czynności lekarza podejmującego narkozę u chorego, jeżli zasady te mają służyć w razie niestósowania się do nich i wynikającej stąd szkody cielesnej lub śmierci chorego, za podstawę do pociągnięcia lekarza do odpowiedzialności prawnej. O ile z jednej strony trudno o podobne ogólne zasady, o tyle z drugiej strony jest nie mniej trudnem i przykrem stanowisko lekarza znawcy oceniającego winę swego kolegi przed sądem. Pierwszą pokonał autor zupełnie.

Na podstawie studyów nad przerzeczonym tematem dochodzi autor do następujących ogólnych zasad: Lekarza należy pociągnąć do odpowiedzialności z prawa karnego, jeżli przez zaniedbanie ostrożności staje się powodem uszkodzeń cielesnych jak oparzeń i nadżerek z rozlania chloroformu po ciele chorego. Również staje się lekarz odpowiedzialnym za przypadki śmierci, wynikającej z zaniedbania należnej ostrożności przy narkozie, w szczególności, jeżli śmierć chorego nastąpi: albo z uszkodzenia cielesnego przez oparzenie i t. d. albo z wywołania narkozy nadto głębokiej, albo z mechanicznego a dającego się ustrzedz uduszenia, z gwałtownego doprowadzenia zanadto zgęszczonych par chloroformowych, z niedokładnego lub niedbałego zastósowania sposobów cucenia chorych popadających w narkozie w zamartwicę lub omdlenie. Toż samo staje się lekarz winnym w przypadku śmierci, jeżeli podejmuje narkozę z przyczyn błahych, zostających w rażącym niestosunku z niebezpieczeństwem, jakie zawsze życiu chorego zagraża od narkozy, również, jeżeli używa nieodpowiedniego i mało zbadanego środka znieczulającego, lub jeżli, mimo wystąpienia groźnych objawów u narkotyzowanego, przedłuża narkozę bez koniecznej przyczyny do tego, lub, gdy mimo długiego trwania narkozy, powietrza w miejscu, w którem narkozę podejmuje, należycie z niedbalstwa nie odświeża, wreszcie jeżli bez potrzeby narkotyzuje chorego długo w postawie siedzącej, długie narkozy w krótkich odstępach czasu ponawia bez koniecznej przyczyny, lub chorego zmusza do narkozy tak, iż śmierć narkotyzowanego należy uważać za następstwo rozdrażnienia przez zmuszanie chorego do poddania się narkozie.

Mimo tych ogólnych zasad, które autor podał, dodaje on zupełnie słusznie, iż ocenienie zaniedbania ze strony lekarza nie powinno zależeć od jednego znawcy sądowego, lecz od zdania całego kollegium mężów doświadczonych, poświęcających się różnym gałęziom nauki lekarskiej. *(Friedr. Bl. f. ger. Med. 1893. Z. 1.)*

Moritz: **O uszkodzeniach i chorobach mózgu i jego opon wywołanych urazem czaszki.**

Uszkodzenia głowy mogą w trojaki sposób wywołać zmiany chorobowe mózgu a mianowicie: uszkodzenia zadane narzędziem ostrem mogą pociągnąć za sobą wtórorzędnie stan patologiczny mózgu i jego opon, przez ułatwienie przystępu różnym wpływom szkodliwym (n. p. *meningitis suppurativa*); uszkodzenia zadane narzędziem tępem stósownie do swej siły sprawiają albo wstrząśnienie, lub nawet przerwy w ciągłości mózgu, bez zostawienia wybitnych śladów na powłokach czaszki; wreszcie uszkodzenia drążące w głąb, są przyczyną ran mózgu a nawet mogą stać się powodem śmierci ze skrwawienia.

Wstrząśnienie mózgu nie wywołuje żadnych zmian, po którem podczas sekcyi możnaby je było rozpoznać. Autor omawia objawy wstrząśnienia, poczem dodaje, że z wstrząśnienia można wnosić o ciężarze narzędzia uszkodzenie wywołującego. Różne zboczenia chorobowe mózgu jako też i pijaństwo czynią organ ten skłonniejszym do ulegnięcia wstrząśnieniu. Prócz tego omawia M. następstwa wstrząśnienia mózgu jako też różnice między udarami mózgu po urazie a powstajacemi z przyczyn wewnętrznych.

W końcu roztrząsa następstwa po urazach czaszki, jak afazyę, padaczkę, histeryę, zboczenia umysłowe, objawiające się zaraz po doznaniu urazu lub dopiero po upływie pewnego czasu. Z naciskiem jednak zaleca, aby w osądzaniu następstw tych uwzględnić, czy one nie istniały już przed uszkodzeniem. (*Vjschr. f. ger. Med. 1892*).

Psychiatrya.

Krafft-Ebing: **Urojenia zazdrości u mężczyzn.**

Badania autora wykazały, że urojenia zazdrości i niewiary małżeńskiej występują przeważnie, bo w 80% przypadków, u mężczyzn dotkniętych przewlekłym alkoholizmem. Urojenia te występują albo w drodze rozumowania (kombinacyi) niejako oddzielnie, utrwalają się prędko i rzadko tylko opierają się na omamach i hallucynacyach. Zdarzają się jednak przypadki, w których obok dominującego urojenia zazdrości istnieją także inne urojenia treści prześladowczej, lecz tylko epizodycznie. Może także przyłączyć się chroniczny alkoholizm z urojeniem niewiary małżeńskiej do istniejącego pomięszania pierwotnego, prześladowczego (*paranoia persecutoria*). Urojenia te mogą wreszcie wystąpić w przypadkach obłąkania i pomięszania alkoholowego *(paranoia alkoholica)*. W innych formach chorobowych urojenia te są rzadkie tak, że na tysiące przypadków spostrzeganych przez autora, w czterech tylko dały się stwierdzić. W czterech tych przypadkach zachodziły poważne zboczenia organiczne mózgu, jak w dwóch przypadkach udar, w jednym uraz głowy i w jednym zanik wiekowy. (*Centralbl. f. N. u. Psych. März 1893*).

Dr. Wachholz.

Notatki terapeutyczne.

Na wrzód miękki poleca du Castel w Paryżu roztwór:

49) *Spir. vini* (90%) *10·00*
Acidi carbolici puri *1·00*
MDS. Zewnętrznie.

Jedno zwilżenie ma wystarczać, nie sprawiając bólu, do zabliźnienia się wrzodu w kilku dniach.

Na popękanie brodawek piersiowych zaleca Hirst używać zewnętrznie:

50) *Magisterii bismuthi*
Olei ricini recentis āā 5·00.

W oparzeniach zaleca Richtmann:

51) *Aristoli* *3·00*
Olei olivarum *20·00*
Lanolini *77·00*
MDS. Zewnętrznie.

(*Ther. Mtshefte*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

VI. posiedzenie z dnia 7. kwietnia 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 35.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto bez zmiany.

2) Odczyt kol. Kohlbergera „O omamach i złudzeniach zmysłowych“ będzie w całości umieszczony w Przeglądzie lekarskim.

W dyskusyi przemawiał kol. Widmann.

3) Odczytano sprawozdanie koll. Pawlikowskiego i Obtułowicza o chorobach nagminnych panujących w marcu we Lwowie i w powiecie lwowskim.

4) Kol. Bylicki miał zapowiedziany wykład p. t. „Przyczynek do rozpoznawania pewnych form torbielów jajnikowych“. Poprzedziwszy rzecz opisem rodzajów torbielów, jakie występują w jajnikach, ich treści i o skutkach dostania się jej do jamy brzusznej, zastanawiał się głównie nad torbielami o treści gęstej, galaretowatej, nad skutkami dostania się jej po pęknięciu torbiela do jamy otrzewnowej, oraz nad zmianami, jakie tam wywołują, pobudzając otrzewnę do wydzielania podobnej zupełnie treści, czyli do zwyrodnienia śluzakowego, *pseudomyxoma peritonei.* Następnie przystąpił do opisania przypadku, w którym na podstawie braku objawów przemawiających za obecnością wolnego płynu surowiczego w jamie brzusznej, przyszedł do przekonania, że jamę brzuszną wypełnia treść zagęsta, aby kiszki na niej podpływać mogły ku ścianom brzusznym i że treścią taką musi być treść torbiela pękniętego, które to rozpoznanie potwierdziła owaryotomia wykonana przez Dra Gersunego w Wiedniu.

Obszerniej ma być podany wykład w *Przegl. lek.*

Kol Schramm zwraca jeszcze uwagę na objaw, który w powyższym przypadku przemawiał przeciwko obecności wolnego płynu w jamie otrzewnowej, t. j. brak zepchnięcia tylnego sklepienia pochwy ku dołowi; wątpi jednakże, ażeby przed incyzyą probierczą można zrobić z wszelką pewnością rozpoznanie, jakie podał kol. Bylicki.

Kol. Skałkowski przypomina sobie podobne przypadki, w których jednakże w rozpoznaniu zwracał uwagę zawsze na krwawienie z macicy. Włókniaki wychodzące z macicy wywołują zazwyczaj krwotoki, nie wyjmując nawet włókniaków podotrzewnowych ze szypułką, które powstają pierwotnie najprawdopodobniej także w miąższu macicy, oddzielając się następnie i wysuwając pod otrzewnę, tudzież wywołując przynajmniej w pierwszym okresie krwotoki, które więcej przemawiają za rozpoznaniem włókniaka, jakkolwiek wiadomo, że torbiele jajnikowe i zapalenie trąbek, również mogą wywoływać krwotoki. Ponieważ w przypadku kol. Bylickiego chora nie podawała krwotoków macicznych, przeto kol. Sk. już podczas pierwszego badania nie byłby, jak kol. Byl., przypuszczał włókniaka macicy. Twardość guza również nie upoważnia do tego rozpoznania, gdyż torbiele jajnikowe mogą się tak samo przedstawiać. Wówczas, kiedy się chora kol. B. po raz drugi przedstawiła, rozpoznanie torbiela mogło być już pewnem, ponieważ włókniak w przeciągu dwóch miesięcy nie byłby sprawił zmian tak znacznych.

Kol. Obtułowiczowi poruszona sprawa przywodzi na pamięć dwa przypadki torbieli jajnikowych, które wyleczył punkcyą. W jednym przypadku jedna punkcya przed rokiem wykonana wystarczyła do wyleczenia, w drugim zrobił punkcyę powtórnie przed dwoma laty (w rok po pierwszej), poczem nastąpiło zupełne wyleczenie.

Kol. Schramm przytacza dwa przypadki podobne, w których po jednej punkcyi ustąpiły wszystkie objawy, ma jednakże to przekonanie, że w takich razach zachodzą myłki rozpoznawcze, że w tych przypadkach istniały prawdopodobnie płyny otorbione w otrzewnej, które mogą dać objawy podobne do torbiela jajnikowego. Przynajmniej prawdopodobniejszem wydaje się takie tłómaczenie sprawy, aniżeli przypuszczenie, że usunięto torbiel jedną punkcyą.

Kol. Bylicki w odpowiedzi kol. Schrammowi twierdzi, że rozpoznanie obecności galaretowatej treści w jamie brzusznej można było prawie na pewno zrobić, gdy zważy się poprzednią obecność guza, który się nie zmienił, i szybkie powiększenie się brzucha do olbrzymich rozmiarów treścią, która nie była nowotworową a nie wykazywała objawów puchliny brzusznej. Kol. Skałkowskiemu odpowiada kol. Byl., że włókniaki podotrzewnowe mogą wcale nie wpływać na przebieg miesiączkowania a kol. Obtułowiczowi, że wrzekome doszczętne uleczenie torbielów nawet jednokomorowych przez punkcyą bywa często pozornem, gdyż i po kilku latach mogą powrócić.

Sekretarz *Dr. Bory.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5. kwietnia 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków 30.
Goście: koll. Pietrzycki (z Brzeska) i Płaskowicki (z Kijowa).

I. Kol. Pietrzycki wykazując nieudolność dzisiejszych metod używanych do mierzenia wilgoci zawartej w ciałach stałych a głównie wilgoci w zabudowaniach i pomieszkaniach, przedstawił przyrząd swego pomysłu, który dozwala prądami elektrycznymi wykazać wilgoć nie tylko ciała badanego, ale dozwala wedle przedłożonej tabeli obliczyć jej ilość dość dokładnie. W końcu dowodził prelegent praktycznie swoich twierdzeń na przykładach, jak: cegle, mydle i t. d. Również wykazał kol. P. doświadczeniem, iż obojętną jest rzeczą, czy ciało stałe ma ten lub ów skład, byleby tylko płyn przesiąkający go nie zawierał wolnych kwasów lub znaczniejszej ilości soli, t. j. czynników, które potęgują prądy elektryczne.

W dyskusyi zapytuje się kol. Czapliński: czy powietrze zawierające mniej lub więcej wilgoci nie wzmaga prądów elektrycznych, będących miarą wilgoci? W odpowiedzi objaśnia prelegent: że wilgoć względna powietrza nie wywiera wcale żadnego na to wpływu, gdyż wilgoć ta jest w stanie gazu a tylko wilgoć w formie już skroplonej wody osiadła na przedmiocie, oddziaływać może na przyrząd.

II. Kol. Cercha opowiada o przypadku porodowym powikłanym włókniakami, przedstawia anatomiczny preparat, przyczem zaznacza, że przypadki porodowe powikłane włókniakami nie są częste i wyłuszcza tego przyczyny. Następnie zaznacza, jak w danym przypadku poród przebiegał, jakiemi zawadami były włókniaki i zastanawia się nad leczeniem podczas porodu.

W tym przypadku, ponieważ poród był zaniedbany a płód nieżywy, próbowano drogą naturalną płód wydobyć po odprowadzeniu uwięzłego w zatoce Douglasa włókniaka do jamy brzusznej; zabieg udał się wprawdzie, ale nie bez pewnych trudności. Podczas odprowadzania, jak się zdaje, popękały zrosty między guzem a macicą i krwawienie z nich było przyczyną zejścia śmiertelnego.

Prelegent wypowiada myśl, że może byłoby lepiej wykonać w tych razach cięcie cesarskie i odciąć macicę, przez co można

wyleczyć zarazem i włókniaki; lecz zaznacza, że dlatego w danym przypadku zgodzono się na odprowadzenie włókniaka, że płód był nieżywy a więc można było go wydobyć pomniejszony drogami naturalnemi obok włókniaka.

W dyskusyi kol. Czapliński zaznacza, że myśl kol. prelegenta wykonania cięcia cesarskiego i amputacyi macicy więcej mu się podoba,bo leczy radykalnie włókniaki — zapytuje się przeto prelegenta, dlaczego tak nie postąpił?

W odpowiedzi oświadcza kol. Cercha, że postąpił w myśl zasad przyjętych w szkole położniczej krakowskiej, i zaznacza, że wyniki po cięciu cesarskiem wobec włókniaków są złe (statystyka Saengera wykazuje 85% śmiertelności); leczenie zaś tu użyte mogło dać wynik pomyślny, tembardziej, że włókniaki mogły w połogu pomniejszyć się.

III) Kol. Browicz przedstawia: *a*) serce ze zmianami wiekowemi w tętnicach wieńcowych i mięśniu; *b*) *pericarditis fibrosa* ciekawą dlatego, iż wśród niej wytworzył się jakby rodzaj pancerza otaczającego lewe serce; *c*) tętniak tętnicy głównej zrosły z tchawicą, która chociaż była w 2 miejscach przedziurawioną, to mimo tego krwawienia za życia nie było, bo skrzepy powstałe w tętniaku zatykały zupełnie owe otwory.

Sekretarz *Dr. Olszewski.*

V. Wiadomości bieżące.

— **Zjazd lekarzy powiatowych zapowiedziany na niedzielę dnia 30. kwietnia r. b. musi być odroczonym z powodu pojawienia się nowych ognisk cholery w kraju naszym; nowy termin zjazdu zostanie później naznaczonym.**

Dr. Merunowicz, przewodniczący zjazdu. *Dr. Obtułowicz*, sekretarz zjazdu.

— **Przypominamy, że walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich** odbędzie się we Lwowie w dniu 29. kwietnia b. r. o godzinie 6. wieczorem w lokalu Towarzystwa (Rynek l. 10).

— N. Pan mianował Odona Bujwida, naczelnika pracowni higienicznej miasta Warszawy nadzwyczajnym profesorem higieny w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Redakcya roczników niemieckich pod tytułem: *Jahresbericht für Geburtshilfe und Gynaekologie* donosi, iż Dr. Franciszek Neugebauer w Warszawie (Leszno 33) objął dla niego zdania sprawy z piśmiennictwa polskiego i rosyjskiego i uprasza tak autorów jak i redakcye dzienników, by prace swe nadsyłali pod wskazanym adresem, jeżeli chcą, by referaty z nich pomieściły się w przerzeczonym roczniku.

— W miesiącu marcu r. b. było w Warszawie dzieciobójstw 5, samobójstw 3, noworodków martwych 2, nagle zmarło 16, utonęło 4, wskutek spadnięcia z wysokości zmarły 2, wskutek przejechania parowozem zginęła jedna osoba. Przejechano bez sprowadzenia śmierci przez dorożkarzy 5 osób, wozy robocze 3, tramwaj 1, powozy prywatne 2, jadących konno 2, welocypedystów jednę osobę. Różne przypadki: zagorzało nie na śmierć 6 osób, zamachów samobójczych dopuściły się 2 osoby, uległo kalectwu we fabrykach i zakładach 5, skutkiem spadnięcia z wysokości 2 osoby, napadnięto i poraniono 2 osoby, poraniono podczas bójek 16 osób, pożarów było 10.

— **Cholera.** Z Francyi nie ma żadnych nowych wiadomości; w powiecie borszczowskim w Galicyi nad Zbruczem pojawiają się przypadki choroby, o której mowa, a co się tyczy Rosyi europejskiej, to według nadeszłych do departamentu lekarskiego w Petersburgu do dnia 2. kwietnia s. s. wiadomości z 10 gubernij, występuje cholera jeszcze najczęściej w gubernii podolskiej, mianowicie w powiatach kamienieckim (w 41 miejscowościach), bracławskim i winnickim tudzież w gubernii ufijskiej, w której od 15. marca do 1. kwietnia s. s. zachorowało 113 a zmarło 35 osób. Z innych 8 gubernij donoszą tylko o przypadkach sporadycznych. W gubernii podolskiej zachorowało od pierwszego pojawienia się cholery do 16. marca s. s. 8223 osób, z których wyzdrowiało 5212, umarło 2866 a pozostało w leczeniu 145.

— Książe Dr. Karol Teodor bawarski dokonał w dniu 7. b. m. w Monachium w swej prywatnej klinice ocznej operacyi 2000. zaćmy, przyczem mu asystowały żona i księżniczka Zofia. 1000. operacyę zaćmy zrobił tenże książe-okulista dnia 3. lipca 1889 r.

— Hr. Anatol Orłow-Dawidow ofiarował petersburskiemu instytutowi dla medycyny doświadczalnej 50000 rubli na cele badań nad księgosuszem.

— W roku 1891 było w Anglii 876 otruć, z tych 544 przypadkowych, 327 samobójstw i 15 zabójstw. Z przypadkowych śmierć nastąpiła 114 razy z narkotyków, 67 z chloroformu, 31 z fenolu, 19 z alkaloidów (jak akonityna, kokaina, strychnina), 17 z kwasów mineralnych, 8 z arszeniku, 7 z chloralu, 2 z kwasu szczawiowego. W 128 przypadkach znaleziono trucizny, w 24 nie można było ich oznaczyć. Między otruciami przypadkowemi było 132 z ołowiu. Między samobójstwami w 17% użyto narkotyków, w 19% fenolu. (*Wiadom. farmaceutyczne.* 8. 1893).

— **Nekrologia.** Dr. Jan Kanty Wojtaszek, asystent katedry farmacyi i farmakognozyi w Uniwersytecie Jagiellońskim, asystent sanitarny starostwa krakowskiego, zmarł w dniu 26. b. m. i r. przeżywszy lat 29. Pochodząc z niezamożnej rodziny zdolnością i pracą dobił się stanowiska a prawym charakterem zjednał sobie miłość kolegów i szacunek nauczycieli. Zmarły ogłosił kilka prac w *Przeglądzie lekarskim.* — Dr. Zygmunt Rieger, radca zdrowia, lekarz koło spraw publicznych w kraju na niejednem polu zasłużony, zmarł w dniu 25. b. m. we Lwowie. Dr. Jan Kundrat, profesor wydziału lekarskiego i dyrektor zakładu anatomiczno-patologicznego w Wiedniu, zmarł w dniu 25. b. m. przeżywszy lat 48. — Dr. Michał Zaleski, lekarz ziemski w gubernii ekaterynosławskiej, zmarł w dniu 1. b. m. w wieku lat 68. — Dr. W. Boczkowski, lekarz wojskowy, zmarł w Kazaniu 5. kwietnia w 35. roku życia.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 3 go maja b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro) z porządkiem dziennym na ostatnie posiedzenie ogłoszonym.

Korespondencya redakcyi.

Sz. koledzy Dr. **Michał Misiewicz** i Dr. **Wacław Zaremba** raczą we własnym interesie podać Administracyi *Przeglądu lekarskiego* swe miejsca pobytu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 6. Maja 1893. Nr. 18.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej prof. Dra M. Madurowicza.

Dermatol w ginekologii i położnictwie.

Podał
Dr. Ludwik Świtalski,
elew kliniki.

Dermatol, połączenie chemiczne otrzymane przez Heinza i Liebrechta, i przez nich jakoteż przez Glasera do terapii wprowadzony jako środek mający zastąpić jodoform, dzięki swym własnościom znalazł w krótkim czasie rozległe zastósowanie prawie we wszystkich działach medycyny.

Na zlecenie prof. Dra Madurowicza postanowiliśmy przekonać się o zachwalonem działaniu dermatolu i na podstawie własnego doświadczenia wskazać przypadki, w których dermatol dałby się z korzyścią zastósować w ginekologii i położnictwie i czy mógłby zastąpić przeważnie dotychczas tu używany jodoform. W tym celu stósowaliśmy dermatol wszędzie tam, gdzieby było wskazanem użycie jodoformu a wyniki, jakie otrzymaliśmy z tego leczenia, będę się starał w krótkości przedstawić poniżej.

Do doświadczeń używaliśmy dermatolu z fabryki pod firmą „Meister Lucius et Brüning in Höchst am Main" i gazy dermatolowej wyrobu p. Siedleckiego, aptekarza z Krakowa, stósując bądź to sam dermatol, bądź też dermatol wraz z gazą dermatolową.

Nim jednak przystąpię do właściwego sprawozdania, muszę tu pokrótce wspomnieć o własnościach chemicznych dermatolu, gdyż znając je i działanie jego łatwiej wytłómaczyć sobie będzie można.

Pod względem chemicznym jest to sól zasadowa kwasu dębiankowego z bismutem. Ma postać proszku żółtego o wejrzeniu bardzo podobnem do jodoformu, bez smaku i zapachu, w zwykłych płynach (jak woda, oleje, alkohol etc.) nie rozpuszcza się; pod wpływem światła nie ulega żadnej zmianie; w wysokiej ciepłocie nabiera zabarwienia szarawo-brunatnego.

Działanie antyseptyczne dermatolu ma być nieznaczne, jakkolwiek doświadczenia Bluhma w tej mierze wykazały, że rozwój wielu mikroorganizmów pod wpływem dermatolu zostaje powstrzymany a kokki ropne *(staphylococci* i *streptococci)* ulegają nawet zniszczeniu. Stone utrzymuje, że dermatol tamuje rozwój mikroorganizmów przez wysuszanie tła odżywczego a z drugiej strony, że podobnie, jak jodoform, łączy się z produktami przemiany materyi, ptomainami, które przez to stają się nieszkodliwymi. Działanie jego wysuszające, zmniejszające ilość wydzieliny i ochraniające, nie da się żadnym innym środkiem zastąpić i przez te swoje zalety w niektórych przypadkach przynosi wielkie korzyści; brak wszelkiej woni, własności drażniących i trujących w zastósowaniu go nawet w wielkiej ilości nadaje mu wyższość nad jodoformem, któremu nie dorównywa tylko pod względem własności odwaniającej. Działanie krew tamujące przypisywane dermatolowi jest tak nieznaczne, że nie może wchodzić w rachubę.

W ginekologii z korzyścią daje się dermatol zastósować przeważnie po zabiegach operacyjnych na części pochwowej, pochwie, międzykroczu i jamie brzusznej. Po operacyach palliatywnych raka części pochwowej, polegających na wyskrobaniu lub wycięciu części nowotworowych i przypaleniu termokauterem Pacquelina, dermotol działa pomyślnie, sprawiając szybkie oddzielanie się strupów przyspiesza wytwarzanie się granulacyi i następowe zabliźnianie się; ilość wydzieliny przy tem znacznie ogranicza. Na owrzodzenia rakowe wprost użyty nie wywiera żadnego wpływu.

Wogóle wszędzie tam, gdzie do zniszczenia tkanin użyto termokauteru, gdzie w zwykłych warunkach oddzielanie się strupów odbywa się powoli a gojenie trwa nieraz czas dłuższy, dermatol okazał się bardzo korzystnym środkiem skracającym znacznie czas gojenia się.

Stósowaliśmy go w wyżej wspomnianym celu po operacyach raka części pochwowej, po wycięciu i wypaleniu raka łechtaczki i po zniszczeniu termokauterem erozyj brodawkowych około brzegów ujścia zewnętrznego macicy się znajdujących; we wszystkich tych przypadkach działanie dermatolu było bardzo wybitne.

Na gojenie się erozyj płaskich w przebiegu *endometritis* występujących wywiera tylko wpływ nieznaczny.

W pochwie użyty po rozmaitych zabiegach operacyjnych jak *kolporrhaphia*, operacyach przetok pęcherzowo-pochwowych i zwężeń pochwy przez swe działanie osuszające i ochraniające przyczynia się do szybkiego doraźnego gojenia się.

Sądząc z jego własności wyżej wspomnianych możnaby przypuścić, że jako środek wspomagający leczenie ostrego zapalenia pochwy, stósowany w tamponach mógłby oddać dobre usługi; w tym względzie jednak nie mogliśmy go jeszcze wypróbować z powodu braku odpowiednich przypadków. Asch wprawdzie podaje, że w tych wypadkach wpływ dermatolu jest nieznaczny, ale to przypisać należy prawdopodobnie temu, że on używał tylko gazy dermatolowej, w której ilość dermatolu nie wystarcza do działania skutecznego. Co się tyczy operacyj plastycznych na międzykroczu (*perineorrhaphia)*, na których pomyślny rezultat ma wywierać dermatol wpływ bardzo korzystny, nie możemy nic stanowczego wypowiedzieć, gdyż stósowaliśmy go w dwu przypadkach i w obu z przyczyn prawdopodobnie od dermatolu nie zależnych nie nastąpiło zgojenie się przez rychłozrost.

Zastósowany na zeszytą ranę brzuszną po laparotomii dostaje się we wszelkie szczeliny i otworki szwów, chroniąc dokładnie od zakażenia tak, że przewyższa w tym razie dawniej zawsze używany jodoform.

W położnictwie oddaje dermatol również nie mniej dobre usługi zastósowany na otarcia, tak często się wytwarzające zwłaszcza u pierwiastek przy wytaczaniu się główki, w dolnej części pochwy, w okolicy przedsionka, na wargach mniejszych jak również na pęknięcia wędzidełka.

Obrażenia te powyżej wspomniane, będące nie rzadko punktem wyjścia dla wrzodów połogowych, jako też bramą, którą mikroorganizmy chorobotwórcze dostają się nieraz za pośrednictwem naczyń do tkanki okołomacicznej, wzniecając w niej sprawę zapalną, pod wpływem dermatolu, nie tylko że szybciej się goją, bo w przeciągu 3—5 dni, ale dermatol zabezpiecza je poniekąd od zakażenia; posypany bowiem na otarcia i pęknięcia błony śluzowej części wyżej wspomnianych a więc na miejsca pozbawione przybłonka, tworzy warstwę mocno do podstawy przylegającą, niejako strup ochronny, po którym odchody połogowe mogą bezkarnie spływać. Dopiero w miarę, jak miejsca te zaczną się pokrywać przybłonkiem, dermatol odpada a części te wyróżniają się od otoczenia nieco bledszą barwą.

W tym celu ochronnym stósujemy obecnie w klinice dermatol u wszystkich położnic, u których podczas porodu wytworzą się otarcia, a wyniki są bardzo zadawalniające i dlatego zaleciłbym go zawsze w tych razach do użycia, zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie utrzymanie czystości nieraz nie jest tak łatwe, jak w zakładach, gdzie więc łatwiej może nastąpić zakażenie.

Zastósowany na już wytworzone wrzody połogowe przyspiesza ich oczyszczanie się i gojenie.

Po zeszyciu pękniętego międzykrocza podczas porodu dermatol również przyspiesza zrośnięcie się brzegów rany chroniąc od spływających odchodów.

W końcu muszę tu jeszcze nadmienić, że w kilku przypadkach wrzodów pępkowych tworzących się przez nieprawidłowe zasychanie i odpadanie pępowiny okazał się dermatol bardzo skutecznym a dwukrotne jego zastósowanie sprowadziło szybkie zabliźnienie się pępka. Kol. Rosner badał także w kilkunastu przypadkach zachowanie się resztek pępowinowych u noworodków pod wpływem dermatolu, i przekonał się, że dermatol sprowadza szybkie i bardzo dokładne ich wyschnięcie a po odpadnięciu pępowiny, które następuje między czwartym a ósmym dniem, pozostaje mniejsza powierzchnia granulacyjna niż zwykle i zabliźnienie bez wszelkich komplikacyj następuje rychło. Jakkolwiek liczba obserwowanych przypadków nie wystarcza do wypowiedzenia stanowczego zdania, to w każdym razie nie można dermatolowi odmówić dodatniego działania w tej mierze, które można sobie wytłomaczyć dosyć mocnem działaniem higroskopijnym dermatolu, który zabierając wodę wysusza pępowinę i odbiera bakteryom potrzebną do ich rozwoju wilgoć.

Gazy dermatolowej używaliśmy z pożytkiem bądź to w miejsce gazy jodoformowej lub w przypadkach, gdzie w skutek pojawienia się objawów otrucia jodoformem, gazy jodoformowej nie można było stósować.

Co się tyczy stósowania dermatolu, to aby działanie jego było pewne, musi być przedewszystkiem przysypany w warstwie grubej na miejsce potrzebne, które wprzód musi być dokładnie osuszone; w przeciwnym bowiem razie, nie będzie ściśle przylegał do podstawy a u położnic zostanie całkowicie spłukanym przez ściekające odchody połogowe.

Najlepiej rozpylać go za pomocą pędzelka lub na miejsce trudniej dostępne jak n. p. na części pochwowe, przez dokładne umaczanie gazy dermatolowej w proszku dermatolu i wsunięcie jej w miejsce przeznaczenia.

Obok czystego dermatolu stósowałem także mięszaninę złożoną 80% dermatolu, 10% jodoformu i 10% kwasu borowego. Dodatek ten nie zmieniając własności dodatnich dermatolu a podnosząc jego działanie przeciwgnilne okazał się bardzo dobrym a strup ochronny tworzący się z tej mięszaniny ścislej jeszcze przylega, aniżeli z czystego dermatolu.

II. Z zakładu chemii lekarskiej prof. Stopczańskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych moczem.

Podług odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w styczniu 1892 roku.

Podał

Dr. Jan Opieński,

b. asystent katedry chemii lek. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

II.

Czy w warunkach fizyologicznych i w jakich przypadkach chorobowych znajdują się w moczu kwasy żółciowe?

W tym względzie, czy kwasy żółciowe znachodzą się w moczu w warunkach fizyologicznych, istnieją różnice w wy-

nikach badaczy. Podczas gdy Draggendorf[1]), Höhne[2]) i Vogel twierdzą, iż kwasy żółciowe są prawidłowym składnikiem moczu a Lehman znalazł nawet w moczu kwas taurocholowy, to inni, jak Hoppe-Seyler, Kühne i Neukomm, przeczą temu twierdzeniu. Kwestyi tej ściśle nie można rozwiązać, jak wogóle tego rodzaju spraw, jeśli nie uwzględni się ilości badanego przedmiotu. Zaprzeczyć nie można, że w 100 litrach moczu, których użył Draggendorf i Vogel do badania, można było wykazać kwasy żółciowe w moczu, lecz biorąc ilości mniejsze, stanowczo godzimy się ze zdaniem tych autorów, którzy twierdzą, iż w moczu fizyologicznym kwasów żółciowych niema lub ich ślady zaledwie dostrzedz się dające można wykryć.

Z pomiędzy 6-ciu w tym względzie badań wyjmuję następujące:

1) Mocz kol. L. w ilości 500 cm. sz. bez białka, barwy winowo-żółtej, oddziaływania kwaśnego, z urochromem w ilości prawidłowej. Osad otrzymany za pomocą eteru w wyciągu wyskokowym po rozpuszczeniu w wodzie, badano próbą Pettenkofera z wynikiem ujemnym; takiż sam rezultat dała próba Neukomma, przyczem otrzymałem zbrunatnienie bez wyraźnego fiołkowo-czerwonego zabarwienia.

2) Mocz własny, w ilości 1000 cm. sz., o składnikach prawidłowych, dał w strącie ołowiowym wynik ujemny, tak w próbie Pettenkofera jak i Neukomma.

3) Mocz A. S., w ilości 1000 cm. sz., o składnikach prawidłowych, zwiększonej tylko nieco ilości urochromu i mocznika, wykazał za dodaniem eteru do wyciągu wyskokowego, kryształki z igiełek złożone, odpowiadające mocznikowi; próby jednak, dowodzące obecności kwasów żółciowych, dały wynik ujemny.

W dwóch innych przypadkach mocz z ustroju fizyologicznego kwasów żółciowych również nie zawierał.

Dla skontrolowania samej metody badania dodawałem do moczu fizyologicznego kwasów żółciowych.

Do 500 cm. sz. moczu fizyologicznego dodałem glikocholanu sodowego taką ilość, iż mocz zawierał 0·8 mlgr. %. Wynik badania był ujemny.

Do 500 cm. sz. moczu dodałem glikocholanu sodowego tyle, iż zawierał 1·6 mlgr. %. Próba Pettenkofera dała wypadek wątpliwy; próba Neukomma wyraźnie dodatni.

Mocz, w którym było 3·2 mlgr. %, dał za użyciem obu prób rezultat wyraźnie dodatni.

Metoda więc ta pozwala nam udowodnić w moczu z wszelką ścisłością 1·5 mlgr. % kwasów żółciowych. W razie mniejszych ilości wynik staje się niekiedy wątpliwym lub jest wprost ujemny, co należy więc uwzględnić w rozstrzygnięciu, czy w moczu znajdują się kwasy żółciowe, skoro granica czułości metody znajduje się dopiero przy 1·5 mlgr %.

Wyniki mych poszukiwań moczów patologicznych są następujące: Badań w tej mierze uskuteczniłem 31; odnoszą się one do chorób wątroby i żołądka, w szczególności obejmują przypadki marskości wątroby *(cirrhosis hepatis)*, raka żołądka i wątroby, żółtaczki, już to w przebiegu kamicy żółciowej, już to nieżytu żołądko-dwunastnicowego, już też w przebiegu innych spraw patologicznych, jak wady zastawkowe serca, bielica (*leukaemia*) i t. d. Moczu wziętego do badania było od 300 do 1000 cm. sz.; 2 razy nadto badałem treść surowiczą z jamy brzusznej.

1. *Carcinoma ventriculi et hepatis.* Mocz barwy winowo-żółtej, wysycony, bez barwików żółci; ilość do badania 500 cm. sz.
   Próba Pettenkofera (P. Ptkf.) wątpliwa (płyn brunatno zabarwiony ze słabym odcieniem fiołkowo-różowym).
   Próba Neukomma (P. Nkm.) mocne zbrunatnienie, obok tego naokoło brudno-różowo-fiołkowe zabarwienie.
2. Ten sam przypadek (po wystąpieniu żółtaczki). Mocz pomarańczowo-żółty ze śladami barwików żółci; białka ślad bardzo mały (0·007%), w osadzie moczany.
   P. Ptkf. ujemna.
   „ Nkm. ujemna.
3. *Cirrhosis hepatis hypertrophica.* Barwa pomarańczowo-żółta; urochrom w prawidłowej ilości. Białka ślad po dłuższem odstaniu spostrzegalny (0·004%).
   P. Ptkf. ujemna.
   „ Nkm. wątpliwie dodatnia.
4. *Abscessus hepatis.* Barwa winowo-żółta, bez barwików żółci.
   P. Ptkf. wątpliwa (brudno-różowo-brunatne zabarwienie).
   P. Nkm. wątpliwa (zbrunatnienie mocne obok brudno-różowego zabarwienia).
5. *Abscessus hepatis.* Barwika żółci ślad.
   P. Ptkf. ujemna.
   „ Nkm. ujemna.
6. *Cholelithialis.* Barwa pomarań.-żółta od barwików żółci w znacznej ilości. Ilość moczu wzięta do badania 300 cm. sz.
   P. Ptkf. wątpliwa.
   „ Nkm. dodatnia słabo (zbrunatnienie, przyczem u góry słabo różowo-fiołkowe zabarwienie).
7. *Cirrhosis hepatis atrophica.* Bez barwików żółci; ilość 400 cm. sz.
   P. Ptkf. słabo dodatnia (jasno-brunatne zabarwienie z odcieniem różowo fiołkowym).
   P. Nkm. dodatnia.
8. M. D. *Cirrhosis hepatis hypertrophica. Tumor lienis.* Barwa pomar.-cisawa; barwiki żółci w dość znacznej ilości; urochrom w znacznie zwiększonej; indykan zwiększony.
   P. Ptkf. ujemna.
   „ Nkm. wątpliwa.
9. F. J. *Carcinoma hepatis c. ictero.* Barwa winowo-żółta, urochr. prawidłowy, ind. zwiększony dość znacznie; Białka ślad, po dłuższem odstaniu zaledwie spostrzegalny (0·004%). Barwiki żółci w śladach. Il. moczu 400 cm. sz.
   P. Ptkf. wątpliwa (bardzo słabe różowo brunatne zabarwienie, za wstrząsaniem słaby odcień fiołkowy).
   P. Nkm. wątpliwa (obok zbrunatnienia słabe brudno-różowe zabarwienie z odcieniem fiołkowym).
10. C. K. *Cholelithiasis. Peri- et endocarditis.* Barwa pomarańczowo-cisawo-żółta. Białka dość znaczna ilość (0·08%). Urochromu zwiększona bardzo znacznie. Barwiki żółci w dość znacznej ilości. Il. moczu 800 cm. sz.
    P. Ptkf. ujemna (brudno-brunatne zabarwienie bez tła wyraźnie fiołkowo-różowego).
    P. Nkm. dodatnia (wybitnie fiołkowo-różowe zabarwienie).
11. Ten sam przypadek w kilka dni później. Barwiki żółci w śladach ledwie spostrzegalnych. Il. moczu 400 cm. sz.
    P. Ptkf. ujemna.
    „ Nkm. dodatnia.
12. A. N. *Cholelithiasis. Tumor lienis malaricus. Bronchitis capillaris. Emphysema pulmonum.* Urochrom zwiększo-

[1]) Zeitschr. f. anat. Chemie. Bd. XI. str. 467.
[2]) Ueber die Anwesenheit d. Gallensäuren im physiol. Harn. Dissert. Dorpat. 1873.

ny, białka mała ilość (0·04%). Barwiki żółci w dość znacznej ilości. Il. moczu 330 cm. sz.
P. Ptkf. dodatnia słabo.
„ Nkm. dodatnia.

13. A. G. *Cirrhosis hepatis* (*hypertrophica*). *Ascites*. Urochrom zwiększony znacznie, białka dość znaczna ilość. Barwiki żółci w znacznej ilości. Il. moczu 800 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. wątpliwa (brunatno-różowe zabarwienie bez wyraźnego tła fiołkowego).

14. N. N. *Insufficientia et stenosis valv. bicuspidal. in stadio incompensationis*. Barwa cisawo-winowo-żółta. — Białka ślad mały (0·006%). Urochrom zwiększony nader mocno. Barwików żółci niema. Il. moczu 770 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

15. J. L. *Cachexia malarica*. Urochrom nieco zwiększony. Barwików żółci niema. Il. moczu 800 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

16. J. M. *Gonitis serosa in indiv. c. neoplasm. hepatis et emphysem. plmn.* Barwa cisawo-winowo żółta. Białka b. mała ilość (0·009%). Urochrom prawidłowy. Barwików żółci niema. Il. moczu 600 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

17. J. M. *Insuff. et stenosis valv. mitralis in stadio incompensationis*. Barwy cisawo-winowo-żółtej, białka ślad ledwo spostrzegalny. Urochrom prawidłowy. Barwików żółci ślad zaledwie spostrzegalny. Il. moczu 800 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

18. W. F. *Cirrhosis hepatis atrophica in indiv. c. cholelithiasi et exsudat. pleur. dextro*. Urochrom zwiększony znacznie. Barwików żółci niema. Il. moczu 500 cm. sz.
P. Ptkf. wątpliwa.
„ Nkm. dodatnia słabo.

19. J. T. *Cirrhosis hepatis in stadio hypertrophiae*. Urochrom zwiększony. Barwików żółci niema. Ilość moczu 343 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

20. M. D. *Icterus catarrhalis et cholelithiasis*. Urochrom zwiększony znacznie. Barwiki żółci w znacznej ilości. Ilość moczu 500 cm. sz.
P. Ptkf. dodatnia.
„ Nkm. bardzo wybitnie dodatnia.

21. Z. Z. *Cirrhosis hepatis atrophica*. Barwa cisawo-winowo-żółta. Urochrom prawidłowy. Barwików żółci niema. Ilość moczu 650 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. dodatnia słabo.

22. M. O. *Pyaemia c. ictero minor. gradus*. Białka ślad b. mały. Barwików żółci niema. Il. moczu 400 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

23. J. R. *Leukaemia lienalis c. ictero*. Barwiki żółci w śladach. Ilość moczu 600 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

24. Ten sam przypadek. w kilka dni później. Barwików żółci niema. Il. moczu 600 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

25. W. D. *Carcinoma hepatis*. Białka znaczna ilość (0·5%). Urochrom nieco zwiększony. Barwików żółci niema. Ilość moczu 400 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. ujemna.

26. A. B. *Carcinoma ventriculi et hepatis*. Barwa pomarańczowo-winowo żółta. Urochrom prawidłowy. Białka bardzo mała ilość (0·009%). Barwików żółci niema. Ilość moczu 700 cm. sz.
P. Ptkf. ujemna.
„ Nkm. dodatnia słabo.

27. K. K. *Cholelithiasis*. Barwa pomarańczowo-żółta. Urochrom zwiększony. Barwiki żółci w śladach bardzo wybitnych. Ilość moczu 540 cm. sz.
P. Ptkf. dodatnia słabo.
„ Nkm. dodatnia słabo.

28. J. G. *Carcinoma hepatis*. Barwa cisawo-żółta, białka dość znaczna ilość (0·05%). Urochrom nieco zwiększony. Barwików żółci niema. Ilość moczu 700 cm. sz.
P. Ptkf. wątpliwa.
„ Nkm. dodatnia słabo.

29. H. S. *Carcinoma hepatis et peritonei*. Urochrom zwiększony, barwa pomarańczowo-winowo-żółta. Białka ślad b. mały (0·005%). Barwiki żółci w znacznych ilościach. Ilość moczu 450 cm. sz.
P. Ptkf. wątpliwa.
„ Nkm. nieco dodatnia.

30. Płyn surowiczy z jamy brzusznej (p. Nr. 18). Po oddzieleniu białka, w 300 ctm. sz. płynu, rezultat badania (obiema próbami) ujemny.

31. Płyn surowiczy z jamy brzusznej (p. Nr. 29). Po oddzieleniu białka, w 400 cm. sz. płynu, rezultat badania (obiema próbami) ujemny.

Grupując rezultaty z powyższych badań (opierając się na wyniku próby Neukomma), otrzymujemy następujące zestawienie:

Wszystkich badanych przypadków moczów
patologicznych jest 29
cieczy surowiczych 2
Razem 31.

(C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17.)

W dalszych swych badaniach nad pasorzytniczemi sporozoami w rakach zajmuje się Sawczenko [1]) wykazaniem związku gienetycznego pomiędzy rozmaitemi a nader licznemi postaciami pierwotniaków, znalezionych w jednym przypadku raka wargi dolnej. We wszystkich prawie ogniskach tego nowotworu występowała wyraźnie *vacuolisatio* komórek rakowych; wakuole te miały różne wymiary, wypełniając czasem całe wnętrze komórki. Niekiedy wakuole bywają zupełnie próżne, co pochodzi zdaniem autora ztąd że mieszczący się tam pasorzyt opuścił swe siedlisko, przenosząc się dalej w tkankę. Przedstawiwszy liczny szereg różnorodnych postaci zarodkowych, rozrzuconych pojedynczo lub po kilka w pierwoszczu komórek, kreśli autor obraz stopniowego tworzenia się z takich osobników sporocysty. Pasorzyt wrzecionowaty, sierpowaty lub innego kształtu w pewnym okresie zwija się jakby w kulę i przechodząc w to stadyum traci stopniowo swe jądro i otacza się torebką. Powoli na obwodzie tej otoczki powstają maleńkie wypustki okrągłe, mocno załamujące światło, w których stopniowo wyodrębnia się coraz wyraźniej ciałko chromatynowe, stanowiące już właściwy nowy zarodek. Sprawa ta odbywa się nie równocześnie tak, iż równocześnie widzieć można twory w różnych okresach rozwoju, od maleńkiego punkcika błysz-

[1]) Dalsze badania nad pasorzytniczemi sporozoami w nowotworach rakowych. Wracz 1892, Nr. 17 i 18 (po rosyjsku).

czącego na obwodzie do zupełnie już wykształconego osobnika pasorzytniczego. W miarę postępu rozwoju zarodków otoczka ich wspólna staje się coraz bardziej przejrzystą, jakby roztapiała się, zużywając się prawdopodobnie na utworzenie otoczek dla nowych osobników tak, że w tym czasie, kiedy całe już ciało pasorzyta zastąpione zostało przez grupę nowych zarodków, znikają też ślady pierwotnej otoczki. — Wtedy dojrzałe już twory posuwają się w głąb pierwoszcza komórki lub też, porzuciwszy ją, przenikać mogą do wnętrza komórek sąsiednich. Wszakże tylko nieznaczna część ogólnej liczby zarodków ulega dalszemu rozwojowi, gdyż w przeciwnym razie wobec znacznej liczby sporocyst z tak licznemi zarodkami musiałoby powstać olbrzymie mnóstwo dojrzałych pasorzytów w komórkach raka, gdy w rzeczywistości występują one w ilości niewielkiej. Pasorzytów wewnątrz jąder (*karyophagi*) nie widział Sawczenko ani razu; zarówno nie znalazł ich w komórkach raka, będących w okresach karyomitozy.

Co się tyczy zależności bujania nabłonków od tych pasorzytów, to różnorodność ich postaci bynajmniej nie świadczy przeciw takiej etyologii nowotworu; przeciwnie nawet, jeżeli zgodzimy się na taką etyologią raka, to *a priori* przypuszczać będziemy zmuszeni istnienie rozmaitych gatunków *sporozoa* w tak różniących się między sobą postaciach guzów rakowych.

Na 95 badanych przypadków raka we wszystkich bez wyjątku spostrzegał Sudakiewicz[1]) twory wewnątrz komórek nabłonkowych guza, będące pasorzytami z grupy *sporozoa*. Obecność pasorzytów sprawiała z jednej strony przerost komórki ze zmianami w jej pierwoszczu, z drugiej szereg przemian w jądrze, częstokroć nawet pod względem karyomitozy. Pomijając szczegółowy opis rozmaitych postaci tych tworów śródkomórkowych, zaznaczymy, że kształt ich przeważnie był kulisty, rzadziej nieco wydłużony o różnorodnej treści wewnętrznej ciał chromatynowych. Do szczególnych postaci, opisanych przez Sudakiewicza, należą twory o jednej lub dwóch otoczkach, posiadające na obwodzie liczne wypustki promieniste, jednostajnie cienkie lub o główkowatych zgrubieniach; wypustki te niekiedy były tak długie w stosunku do samego pasorzyta, że przypominały bardzo nóżki wrzekome niektórych pierwotniaków (*pseudopodia*). Wreszcie w niektórych z nich można było widzieć zjawiska odmiennego barwienia się (*metachromasia*) hematoksyliną, od której przybierały barwę czysto fiołkową. Zwróciwszy uwagę na to zjawisko, zaczął badać autor stósunek tych tworów do różnych innych barwików i otrzymał analogiczne wyniki przy następującem postępowaniu[2]). Jeżeli skrawki preparatów raka, utrwalonych w kwasie osmowym i płynie Müllera, zabarwić roztworem *hematoksyliny* Ranviera, to otrzymują one ogólne zabarwienie szare, na tle którego występują jądra komórek tkanki łącznej, leukocytów i komórek rakowych o barwie brudnej ciemnofiołkowej, podczas gdy *sporozoa* wykazują zjawisko metachromatyczne, przybierają zabarwienie czysto-fiołkowe, zupełnie, jak gdyby od barwików fiołkowych anilinowych. Drugie zjawisko tego rodzaju daje *safranina*: tło ogólne barwionych nią skrawków (utrwalenie w płynie Flemminga) blado-bure, na niem występują wyraźnie czerwone jądra komórek rakowych, *sporozoa* zaś barwiły się dwojako: twory amebowate przybierają odcień szaro-żółty, wszystkie zaś inne, posiadające otoczkę, fiołkowy, nieco brudnawy. Wreszcie trzecim barwikiem, analogicznie zachowującym się jest błękit metylenowy, barwiący w roztworze stężonym w wodzie anilinowej wszystkie pierwociny tkankowe na kolor zielonawy (*olive*), podczas gdy pierwotniaki — na czysto niebieski. Nie we wszystkich jednak przypadkach każdy z tych sposobów barwienia daje wyniki dodatnie; niekiedy jeden tylko może być zastósowany a nawet zdarzało się, że autor za pomocą żadnego z nich nie mógł otrzymać odpowiedniego zabarwienia.

W późniejszej swej pracy[1]) przedstawiwszy szereg nowych szczegółów morfologicznych, tyczących się spostrzeganych tworów pasorzytniczych śródkomórkowych omawia Sudakiewicz stósunek, zachodzący pomiędzy niemi a samemi komórkami raka. Obecność pierwotniaków nie jest obojętną dla komórek nowotworu i może sprawiać w nich zmiany w dwóch kierunkach, wytwórczym i wstecznym. Co do pierwszego, to bardzo często komórka, zawierająca pasorzyt, jest w stanie znacznego przerostu, jądro jej bywa też powiększone, niekiedy w okresach karyomitozy. Jeżeli nie można jeszcze wykazać bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy obydwoma zjawiskami, to w każdym razie dowodzą one, że obecność pasorzyta w komórce rakowej nie przeszkadza ani jej rozrostowi, ani sprawie podziału. Zmiany wsteczne stanowią zazwyczaj następstwo ucisku ze strony pasorzyta, sprawiającego stopniowy zanik części składowych komórki: jądro odsuwane i uciskane przez rosnące *sporozoon* spłaszcza się coraz bardziej, aż wreszcie przemienia się w cienką blaszkę, przylegającą ściśle do otoczki pierwotniaka. Podobnie dzieje się z pierwoszczem komórki, które ostatecznie ulega zniszczeniu i uwolniony pasorzyt lub jego zarodniki (spory) przenoszą się do sąsiednich komórek.

Oprócz tego sposobu pozakomórkowego rozszerzania się zakażenia pasorzytniczego istnieje drugi śródkomórkowy ważniejszy i częstszy. Bywa on w komórkach nowotworowych, zawierających kilka pasorzytów i jądro w okresie karyokinezy: po podziale każda z młodych komórek zawiera w sobie jeden lub więcej pasorzytów.

Wszystkie te zmiany produkcyjne w komórkach rakowych skłaniają autora do przyjęcia związku przyczynowego pomiędzy obecnością pierwotniaków a tą nadmierną czynnością (*suractivité*) komórek nabłonkowych. Pierwociny nabłonkowe zakażone przez *sporozoa* wpadają w czynność nadmierną (przerost, mnożenie się) i wciągają stopniowo w sprawę komórki otaczające, niszcząc równocześnie inne tkanki, nawet najbardziej oporne, jak kości, chrząstki, tkankę włóknistą. Doszedłszy do naczyń, komórki te mogą być porwane prądem limfy lub krwi i przeniesione w inne miejsce ustroju, gdzie znów podobne sprawiają zmiany. Komórki rakowe w przerzutach zachowują ten sam typ i zawierają takie same postacie pasorzytnicze, co i ognisko pierwotne.

Burchardt[2]) w przypadku raka śluzowego w jajniku znalazł wewnątrz komórek nowotworu oprócz opisanych postaci pasorzytniczych twory, bardzo rzadko dotychczas spostrzegane, które zdaniem jego ostatecznie przemawiają za pasorzytniczem ich pochodzeniem; są to mianowicie torbiele zarodnikowe trwałe (*Dauersporencyste*). Są to twory o budowie nader złożonej, mieszczące się zawsze w pierwoszczu komórki, nigdy zaś w jądrze; składają się one z okrągłej torbieli grubościennej, zawierającej wewnątrz jeden (nigdy więcej) jajowaty zarodnik (*Spore*), w którym znajduje się gruby pęcherzyk z właściwemi dopiero zarodkami (*Keime*), zazwyczaj okrągłemi, w liczbie 5 lub więcej. Wielkość zarodków wynosi 1—$1^1/_2$ μ (mikron), gdy średnica torbieli zewnętrznej dochodzi do 16 μ. Komórki rakowe, zawierające te torbiele ulegają zazwyczaj znacznemu przerostowi; jądro zwykle bywa uciśnione, jakkolwiek jednocześnie może być powiększone a nawet wejść w okres podziału. Jednakże obecność równoczesna figur karyomitotycznych i torbieli pasorzytów tak jest rzadka, że zależności jakiejś między niemi upatrywać nie można, Pomimo to za istnieniem wpływu obecności pasorzytów na bujanie komórek nowotworu przemawiają takie obrazy często spotykane, gdzie grupa cyst pasorzytniczych otoczona jest ogniskiem młodych komórek; z drugiej zaś strony nigdy prawie znaleść ich nie można wewnątrz lub w sąsiedztwie komórek ześlůzowaciałych, na

¹) Recherches sur le parasitisme intracellulaire des néoplasies cancéreuses. (Annales de l'institut Pasteur 1892, Mars).

²) O zjawiskach metachromazyi w sporozoach pasorzytniczych wewnątrz komórek rakowych (po rosyjsku) Wracz 1892. Nr. 25.

¹) Parasitisme intracellulaire des néoplasies cancéreuses. Annales de l'inst. Pasteur. 1892. Aoat.

²) Ueber ein Coccidium im Schleimkrebs des Menschen und seine Dauersporencyste. Archiv Virch. T. 131. Z. 1.

rozwój więc tego zwyrodnienia twory te wpływu nie mają. Oprócz opisanych postaci *sporozoa* spostrzegał autor wewnątrz komórek raka twory komórkowe, bez otoczki z jądrem wyraźnie barwiącem się; są to rzeczywiste leukocyty, które jednakże należy i można bez wielkich trudności odróżnić od pasorzytów, *sporozoa*. (C. d. n.)

Choroby nerwowe.

B. Holz: **Obraz laryngoskopijny w przebiegu nerwic urazowych.**

Pod tym tytułem zamieszcza H. odpowiedź na pracę Burgera z Amsterdamu tak samo zatytułowaną a pomieszczoną w *Berl. klin. Wochenschr.* Rozchodzi się tu o dwa przypadki nerwicy urazowej z równoczesnemi zmianami w krtani, a dyskusyę wywołało twierdzenie Holza, że w przypadku nerwicy lub neuropsychozy po urazie, dostrzegane obustronne porażenie *m. m. posticorum*, wyklucza już symulacyę z całą pewnością. Przeciwnik wystąpił z zarzutem, a podając rozpoznanie w wątpliwość, przypuszcza raczej w tym przypadku cierpienie ogniskowe, niż nerwicę urazową. H. jednak utrzymuje się przy rozpoznaniu, opierając się na zbiorze objawów spostrzeganych u tego chorego nieprzerwanie przez 2 lata i przytacza najgłówniejsze: Bóle w obydwu kończynach dolnych i w dolnych kręgach piersiowych, zawroty, objaw Romberga, ścieśnienie pola widzenia dla barw, znieczulenie całej lewej połowy ciała aż do linii środkowej i osłabienie ruchowe na ręce i nodze lewej, wzmożenie się odruchów kolanowych i t. p.

Dalszy zarzut opiera się na przytoczeniu z Oppenheima, że porażenie połowicze tem się znamionuje, jako czynnościowe, iż nerw twarzowy i językowy uprzednio nie był zajęty; tenże sam autor przypuszcza jednak wyjątki. W przypadku, o którym mowa, H. rozpoznawał porażenie *mm. adductores* i *cricoarytaenoidei postici*, a idąc za badaniami Semon-Horsleya, należałoby tu domyślać się dwu odrębnych ognisk chorobowych w ośrodkowym systemie nerwowym: jednego w mózgu, drugiego w rdzeniu przedłużonym. Jakiego rodzaju jest to cierpienie, autor nie rozstrzyga; przypuszcza tylko, że może to być albo zwyrodnienie miażdżycowe małych naczyń w mózgu, albo naczynio-ruchowe zboczenie krążenia; w każdym razie będzie to czynnościowe upośledzenie w substancyi mózgowej, jak to bywa w histeryi.

Autor długim szeregiem wniosków usiłuje zbić przypuszczenia Burgera a na zakończenie podaje wiadomość, że u wspomnianego chorego porażenie *mm. adductores* zupełnie ustąpiło; więzadła podczas fonacyi zamykają się mocno, głos chorego jest czysty a ogólnie wystąpiło wybitne polepszenie. Zboczenia w krtani podczas oddychania pozostały tymczasem bez zmiany; autor przypuszczając jednak czynnościową ich przyrodę, sądzi, że i one wkrótce ustąpią. Polemiczny ten artykuł kończy H. stanowczem twierdzeniem, że podobny obraz wśród nerwicy urazowej, bezwarunkowo wyklucza symulacyę. *(Berl. klin. Wochenschr. Nr. 11, 1893).*

Dr. Radecki.

Schultze: **Przyczynek do nauki o nerwicach urazowych.**

S. wypowiedział następujące zapatrywanie się swoje oparte na doświadczeniu, co do tak zwanych nerwic urazowych, na 16. zjeździe południowo-zachodnich niemieckich neurologów i psychiatrów:

Nerwice urazowe nie przedstawiają jednolitego obrazu chorobowego; to też badanie jednorazowe nie wystarcza do rozpoznania i ocenienia istotnego stanu, zwłaszcza, iż znaczna część ludzi, nerwicą tą dotkniętych stan swój przesadnie opisuje a pewna część nawet wprost zmyśla. Rokowanie wedle S. żadną miarą nie jest tak niepomyślne, jak wielu autorów sądzi, to też autor zaleca chorym raczej łagodną i niewysilającą pracę, niż zupełną bezczynność. *(Friedr. Bl. f. ger. Med. 1893, Z. 3).*

Leuch: **Kazuistyczne przyczynki do nauki o macinnictwie męskiem.**

L. podaje historye 18-tu przypadków męskiej histeryi przez siebie spostrzeganych, poczem dochodzi do następujących wniosków: Stósunek pojawiania się histeryi u mężczyzn i u kobiet przedstawia się jak 2 do 13. Dorośli mężczyźni cztery razy częściej chorobie tej ulegają, niż nieletni. Przyczyną choroby zdaje się być słaba więź i dziedziczne obciążenie, przyczynami więcej nagodnemi bywają: nadużycia *in Baccho*, przemoczenie, leżenie na słońcu, nadużywanie morfiny i wstrząs nerwowy.

Objawy choroby cechują się ustawiczną zmiennością, jak kurczami tężcowemi i drgawkowemi *(clonus)*, kontrakturami, bezmoczem, hallucynacyami, *globus*, jednostronnem podnoszeniem się ciepłoty, zboczeniami w sferze czucia i zmysłów, jak ścieśnieniem pola widzenia, wreszcie przyspieszeniem tętna i oddechu i wytworzeniem się histerogenicznych okolic ciała. (*Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk.*)

Dr. Wachholz.

Terapia.

P. Guttmann: **O tolipirynie.**

Tolipiryna w działaniu równa antypirynie, różni się od niej składem chemicznym o tyle, że w miejsce H w grupie fenilowej $C_6 H_5$ wprowadzono jednowartościową grupę metylową CH_3. Bezbarwne kryształy o punkcie wrzenia 137°, smaku gorzkiego, rozpuszczają się w 100 częściach wody, łatwo w wyskoku, natomiast w eterze prawie nierozpuszczalne. W wodnym roztworze za dodaniem chlorku żelazowego występuje wybitne czerwone zabarwienie a zielone po dodaniu kwasu azotowego.

Doświadczenia rozpoczął G. u królików a przekonawszy się, że gram wstrzyknięty podskórnie nie sprowadzał u nich zboczeń, poddał doświadczeniu osoby zdrowe, które zażywając dziennie po 5 grm. nie okazywały nawet śladu żadnego ubocznego działania leku. Tolipiryna podawana chorym gorączkującym, działała w ten sposób, że 4 grm. zażyte w dawkach gramowych w odstępach godzinnych, obniżały ciepłotę ciała średnio o 2° C. a niejednokrotnie nawet o 3° C. i więcej. Spadkowi temperatury towarzyszyły stale obfite poty. Liczba tętna szła w parze z wysokością ciepłoty. Nawet po dawce wygórowanej (8 grm. zażyto wskutek źle zrozumianej ordynacyi) nie spostrzegano działania ubocznego. Jako najodpowiedniejszą dawkę poleca G. 4 grm., t. j. po gramie w odstępach godzinnych.

Upewniwszy się, że tolipiryna jako środek obniżający ciepłotę, na równi stoi z antypiryną, zbadał G. własności jej przeciwgośćcowe i przeciwnerwobólowe. I tu 4 gramy na dzień w przebiegu ostrego gośćca stawowego przyniosły ulgę, zmniejszając bóle i obrzmienie; w cięższych przypadkach polepszenie nie było tak widoczne, jak to również zdarza się w leczeniu antypiryną lub przetworami salicylowymi. Stwierdzono wreszcie działanie kojące nowego środka; po 2—4 gr., a czasem już po użyciu grama ustępowały bóle głowy, gdzie antypiryna niejednokrotnie bywała bez skutku. W jednym przypadku rwy kulszowej, miały uwydatnić się kojące własności tolipiryny.

Tolipiryna przechodzi do moczu a po jego odparowaniu, odbarwieniu i przesączeniu, za dodaniem odczynników, o których wyżej wspomniano, wywołać można znamienne zabarwienia. (*Berl. klin. Woch. Nr. 11, 1893*).

Dr. Radecki.

Henry Huchard: **O leczeniu wielkiemi dawkami soli alkalicznych.**

Autor zbijając zapatrywania się Troussa, Huxhama i Magendiego o t. zw. *Cachexie alcaline* po nadużywaniu soli alkalicznych, przytacza zdania Pupiera, D. Fardala, de Laubiego i Chevreula, którzy w tej kwestyi wprost przeciwne zajęli stanowisko.

Pierwszy z nich, Pupier, doświadczeniami swoimi dowiódł, że sól kuchenna w większej ilości organizmowi doprowadzana, zwiększa ilość ciałek czerwonych krwi.

Chevreul zaś udowodnił, że alkalia sprzyjają utlenieniu, zmniejszają ilość kwasu moczowego, zwiększając natomiast ilość mocznika i żółci, która ułatwia antyseptykę jelit.

Autor zaś sam wykazuje, że nadmiar alkaliów wcale nie sprawia zaniku błony śluzowej żołądka, owszem przed nimi jej broni, usuwając katar kwaśny, który z czasem dopiero wywołuje zmiany zanikowe i rozstrzeń żołądka.

Duże dawki soli alkalicznych przedewszystkiem dwuwęglanu sodowego poleca on:

1) W nieżycie kwaśnym żołądka po 10—40 gr. dziennie, stósownie do mocy cierpienia.

2) W cukrówce poleca co najmniej po 10—15 gr., wykazując, że alkaliami jedynie zapobiedz można t. zw. *Coma diabeticum*, które polega na zatruciu krwi kwasem, t. j. acydemii. Nie ustalone są jeszcze teorye co do właściwej przyczyny zmniejszenia się alkaliczności krwi. Pewna jednak, że znakomite skutki alkaliami otrzymywał.

3) W tak zwanych *crises gastriques* w wiądzie pacierzowym po dawkach po 20—30 grm. dziennie otrzymywał zupełne zniknięcie napadów.

4) W wadach organicznych serca lewego i aorty radzi również stósować duże dawki dwuwęglanu sodowego, jeśli wadzie towarzyszą przypadłości żołądkowe. Wychodzi z tej zasady, że wady te wywołane zazwyczaj bywają przez reumatyzm stawowy, który równocześnie sprawia nadmierną kwasotę żołądka, że zatem te dwa cierpienia bardzo często ze sobą się schodzą i podtrzymują wzajemnie.

5) W pewnych cierpieniach skóry na tle dnawem.

6) W chorobach wątroby a zwłaszcza w kamicy żółciowej, w której duże dawki dwuwęglanu sodowego znacznie skracały i usuwały napad. (*Révue générale de clinique et de thérapeutique. 18. Janvier. 1893*). *Dr. Pelczar.*

Notatki terapeutyczne.

W przewlekłym gośćcu stawowym zaleca Dr. Whitla:

52) Rp. *Natrii jodati* 2·00
Natrii bicarbonici 4·00
Kali carbonici 7·50
Solutionis arsen. Fowleri 1·50
Aquae destil. q. s. ad solutionem.

MDS. Zamięszawszy przed każdem użyciem zażywać trzy razy dziennie po łyżce stołowej tuż przed jedzeniem.

Manche zaleca w raku żołądka resorcyn według formuły:

53) Rp. *Dcti condurango e 15·00 ad 180·00*
Ttrae rhei vinosae 5·00
Resorcini resublimati (Mercki) 2·00
Syr. cort. aurant. 20·00

MDS. Co 2 godziny po łyżce stołowej.

Tenże w chorobie morskiej resorcyn w formie:

54) Rp. *Resorcini resublimati 0·1—0·15*
Sacchari lactis 0·50
M. f. p. Dentur tales doses 30

DS. Co 2 godziny po proszku zażywać.

(*Nowy med. kalend. 1893. Lek. rozhlady. 2. 1893*).

IV. Wiadomości bieżące.

— W uznaniu skutecznego działania przeciw cholerze otrzymali od N. Pana protomedyk i radca namiestnictwa Dr. Józef Merunowicz order korony żelaznej 3. klasy a lekarz powiatowy czynny w namiestnictwie Dr. Antoni Krokiewicz krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa.

— Od niejakiego czasu utrzymują się w Krakowie dwie pogłoski: według jednej ma być zniesioną posada dyrektora szpitala św. Łazarza, według drugiej dyrektor ma na przyszłość nie mieszkać w szpitalu. Czy te pogłoski mają jaką rzeczywistą podstawę, nie wiemy, ale mając wyobrażenie i o wielkości i o znaczeniu szpitala św. Łazarza dla nauki, cierpiącej ludzkości, miasta i kraju nie moglibyśmy w żaden sposób zgodzić się ani na zniesienie posady dyrektora przerzeczonego zakładu ani na mieszkanie jego poza szpitalem. Z natury bowiem rzeczy wypada a przepisuje to nawet wcale dobra instrukcya służbowa, iż dyrektor szpitala ma bezpośredni zarząd szpitala w sprawach lekarskich, administracyjnych i gospodarczych, z czego wypada, iż musi kierować wszystkiemi czynnościami personalu lekarskiego, administracyjnego i gospodarczego, wglądać w nie nieustannie, kontrolować je i decydować w sprawach, w których personal szpitalny nie może postępować samodzielnie. To wszystko wymaga koniecznie, by dyrekcya szpitala spoczywała w rękach osobnego lekarza, któryby obejmując swem okiem całość szpitala i doglądając każdej czynności z osobna, miał nieustannie na pieczy ten nieodzowny w szpitalu ład i harmonią między wszystkiemi częściami wielkiej instytucyi, bez których szpital nie może ani na chwilę spełniać skutecznie swego celu. Czynności też z tego zadania naczelnika szpitala wypływające są tak rozliczne, tylu wymagają wiadomości i osobnego doświadczenia z zakresu nie tylko nauk lekarskich, osobliwie higieny, ale i pewnych gałęzi techniki, administracyi, zwykłego gospodarstwa domowego, znajomości stosunków miejscowych i ludzi w szpitalu zatrudnionych, są tak wielorakie, niespodziewane, wymagają tak często niezwłocznej na miejscu decyzyi, iż niemi nie można w żaden sposób obarczać żadnego innego lekarza szpitalnego, a mianowicie lekarza ordynującego czyli prymaryusza; każdy bowiem inny lekarz w szpitalu pełni i pełnić musi z natury rzeczy i instrukcyi czynności właściwie lekarskie: t. j. bada i leczy chorych a na czynności administracyjne ma tylko tyle czasu, ile tego konieczna wymaga potrzeba, o ile tych czynności nielekarz załatwić nie może.

W dzisiejszej liczbie chorych każdy lekarz ordynujący ma tyle do roboty w swym oddziele, że w żaden sposób nie mógłby stale pełnić skutecznie obowiązków i dyrektora i lekarza ordynującego, tylko zaniedbywałby się koniecznie w jednych lub drugich lub w obydwóch, po prostu z fizycznej niemożności podołania jednym i drugim. Dodajmy do tego, iż żaden lekarz ordynujący nie może poprzestać na swej pensyi szpitalnej, bo by z niej w żaden sposób nie mógł wyżyć, tylko musi się jeszcze starać o praktykę prywatną poza godzinami ordynacyjnemi w szpitalu a łatwo przyjdzie się do przekonania, iż obowiązków lekarza ordynującego z obowiązkami dyrektora całkiem łączyć nie można. Wprawdzie kliniki uniwersyteckie jako całość nie mają także osobnego dyrektora, tylko obowiązki jego pełni kolejno jeden z profesorów klinicznych; nie można atoli zapomnieć, iż kliniki wszystkie razem wzięte nie mają ani połowy tej liczby chorych, jaka jest w szpitalu św. Łazarza, a zatem czynności mają też bez porównania mniej od szpitala, następnie inne jest zupełnie stanowisko lekarza ordynującego (prymaryusza) w szpitalu a inne całkiem profesora klinicznego. Profesor bowiem kliniczny jest i *de nomine* i *de facto* dyrektorem swej kliniki, przyjmuje i oddala chorych według swego uznania a leczy ich tak, jak mu nakazuje nauka i wzgląd na uczniów, gdy lekarz ordynujący w szpitalu nie ma wpływu na przyjmowanie chorych, sam wyłącznie w swym oddziale nie gospodaruje, narzędzi sobie potrzebnych nie kupuje a w leczeniu trzymać się musi osobnej normy szpitalnej. Dlatego dyrektor wspólny klinik ma bez porównania mniejsze zadanie, niż dyrektor szpitalny a mimo tego twierdzą znawcy kompetentni, iżby była w klinikach pożądaną reforma w tym względzie.

Według dzisiejszej instrukcyi dyrektor ma nadzór i nad administracyą i nad czynnościami lekarskiemi w szpitalu; przypuśćmy, iżby się czynności administracyjne oddało wyłącznie wyższemu urzędnikowi nie lekarzowi, to i tak pozostanie nadzór lekarski, czynność bardzo ważna, konieczna, której nie może sprawować nikt inny skutecznie, jak tylko lekarz rangą wyższy od innych, t. j. dyrektor.

Ze stanowiska przeto dobra szpitala, nie można zdaniem naszem myśleć o zniesieniu posady dyrektora.

Co się tyczy drugiej pogłoski, t. j. zniesienia mieszkania dyrektora w szpitalu, sądzimy że nie trzeba będzie długo dowodzić, iż, jeżeli dyrektor będzie, a być musi koniecznie, to będzie oczywiście na to, by urząd swój wypełniał skutecznie, prędko i energicznie. Jeżeli nikt nie wątpi o prawdziwości przysłowia, że pańskie oko konia tuczy, to tem mniej nie może być wątpliwości, że dyrektor koniecznie musi być ciągle w szpitalu t. j. musi w nim mieszkać. Nie tylko bowiem, że ludzie są ludźmi i będą się czyto w dzień czy w nocy opuszczać w spełnianiu swych tak ważnych obowiązków, gdy będą wiedzieć, iż dyrektora nie ma w szpitalu — przecież są pewne godziny dnia lub nocy, w których trudno spodziewać się dyrektora — ale w każdej chwili zdarzyć się może coś w szpitalu, co wymaga koniecznie natychmiast interwencyi dyrektora, że tu wymienimy tylko wątpliwości lekarza dyżurnego, czy chorego przyjąć do szpitala czy nie i do jakiego oddziału, dostawę żywności i leków, niespodziewane

zdarzenia w urządzeniach mechanicznych i sanitarnych szpitala, nieprawidłowości lub pomyłki w zapisywaniu leków, nagłe żądania lekarzy oddziałowych, wreszcie nagłe zdarzenia patologiczne w szpitalu, gdzie lekarz pomocniczy czyli sekundaryusz nieraz bardzo młody i niedoświadczony potrzebuje koniecznie pomocy lub rady choćby tylko w tym względzie, czy ma wezwać swego szefa oddziałowego. Tu i osobny telefon wprost ze szpitala do mieszkania dyrektora nie może zastąpić obecności jego na miejscu.

Dlatego nie wahamy się wyrzec, że dyrektor osobny jest koniecznie potrzebny dla szpitala św. Łazarza i że ten dyrektor powinien nieodzownie mieszkać w gmachu szpitalnym.

— W zbiorze Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej (serya II, zeszyt 18), wydawanych pod redakcyą prof. Dra Korczyńskiego, wyszła monografia kliniczna pod tytułem *zapalenie sympatyczne oka* przez Dra Fr. Sroczyńskiego, asystenta klin. okul. U. J. Sama treść rozprawki, układ jej i jasne przedstawienie rzeczy zachęcić winno niejednego z lekarzy do nabycia tej pracy młodego autora.

— Przyszłoroczny kongres internistów odbędzie się w Monachium pod przewodnictwem Prof. Quinckego z Kielu.

— Lekarze miasta Chicago w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej urządzili na czas wystawy do użytku kolegów dla jej zwiedzenia do Chicago przybywających biuro wywiadowcze, którego przewodniczącym jest Dr. Waszyngton Earle a sekretarzami koledzy rozmaitych narodowości. Wszelkie zapytania się należy adresować do przewodniczącego.

— Ze statystyki municypalności paryskiej wypada, że największą liczbę licencyj na używanie welocypedów po ulicach pobrali lekarze.

— Departament lekarski w Petersburgu zakazał obwijania żywności w stary papier zadrukowany i makulaturę z archiwów.

— Jeżeli można wierzyć obliczeniom, to liczba morfinistów w Paryżu zwiększa się wprost zastraszająco, bo od 40000 w roku 1883 doszła teraz do 100000.

— Kol. B. Olszewski wręczył 26 fl. w. a. prezesowi kol. Łazarskiemu do przesłania do Lwowa z przeznaczeniem na fundusz wdów i sierot po lekarzach a zebrane między lekarzami Szpitala św. Łazarza, zamiast wieńca na trumnę śp. kol. Zaremby.

— **Nekrologia**. Zmarli: we Lwowie Aleksander Littich, weterynarz krajowy, urodzony w Królestwie Polskiem, przeżywszy lat 50. Położył niemałe dla kraju zasługi na właściwem polu swej czynności. — W Żytomierzu w dniu 14. b. m. Dr. Edward Galli, nestor tamtejszych lekarzy, przeżywszy lat 78. Zmarły odbywał i ukończył swe studya lekarskie w akademii lekarskiej wileńskiej, gdzie w roku 1839 otrzymał stopień akademicki. W Żytomierzu praktykował przez lat przeszło 40, ciesząc się rozległą klientelą. Zostawił po sobie znaczną bibliotekę lekarską i cenny zbiór obrazów i minerałów. — W Wiedniu Dr. Jan Schnitzler, profesor tamecznego Wydziału lekarskiego i znany powszechnie laryngolog. — W Abbazyi Dr. Ludwik Markusowsky, wysłużony radca ministeryalny i przez wiele lat referent spraw lekarskich w węgierskiem ministerstwie oświaty, przeżywszy lat 78. Markusowsky założył dziennik lekarski węgierski *Orvosi Hetilap* i zasłużył się dobrze swej ojczyźnie przez podniesienie poziomu nauki lekarskiej uniwersyteckiej. — Pod Berlinem zmarł Dr. Robert Hartmann, honorowy profesor anatomii, znany ze swych prac antropologicznych i zoologicznych.

— **Sprostowanie**. W artykule prof. Pieniążka Nr. 17 Przegl. Lek. str. 217, szpalta I, w. 3 od góry zamiast: *raka śródsierdzia*, powinno być: *raka śródpiersia*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do niniejszego numeru dołącza się list Dra Głuchowskiego z Rabki.

KONKURS

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze farmakologii i farmakognozyi z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15. maja 1893.

Kraków dnia 2. maja 1893.

Dziekan Wydziału lekarskiego *Dr. Halban*.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 13. Maja 1893. Nr. 19.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Przypadek róży zgorzelinowej moszen (*Erysipelas gangraenosum scroti*), zakończony wytrzebieniem (*castratio*).

Podał
Dr. Leodegard Gąsiorowski,
lekarz ord. w Zakładzie karn. w Stanisławowie.

Przypadek, który poniżej ośmielam się podać do wiadomości Szanownych Kolegów, zasługuje głównie z tego względu na uwagę, iż wskazaniem do kastracyi nie były tu, jak to zwykle się zdarza, nowotwory lub gruźlica, albo uszkodzenie traumatyczne, lub wreszcie, jak to bardzo wyjątkowo się zdarza, ciężka, niczem usunąć się nie dająca, newralgia jąder, lecz tylko zwykła róża moszen, połączona ze zgorzelą i następowem, rozległem ich zniszczeniem.

Przypadek ten, który obserwowałem w b. r. w szpitalu c. k. Zakładu karnego w Stanisławowie, dotyczył więźnia G. Z., 45 lat liczącego, wieśniaka, żonatego, ojca 2 ga dzieci żyjących, który prócz tyfusu brzusznego i zimnicy, przebytych przed kilkunastu laty w domu, zresztą zawsze był zdrów i w dobrym stanie zdrowia do tutejszego zakładu karnego przed niespełna 6 laty przybył. W dniu 23. marca 1893 dostał silnych dreszczów z gorączką do 40·7° C. dochodzącą a badanie nie wykazało zresztą żadnych innych zboczeń, prócz towarzyszących zwykle takiej gorączce przypadów podmiotowych, jak zajęcia głowy, dyspepsyi, bólów w kończynach i t. d. Przypady te utrzymywały się niezmiennie przez dzień następny a 3-go dnia wystąpiła wśród dalszych objawów gorączkowych róża na moszuach i na prąciu z charakterystycznem zaczerwienieniem skóry; tak prącie, jakoteż i całe moszna były nadto mocno obrzękłe i okazywały już tu i ówdzie plamy sinawo-czarne, zgorzelinowe a następnego dnia uległa zgorzeli prawie cała skóra moszen, która okazywała jednostajne brudno szare zabarwienie, odbijające mocno od pozostałych przybrzeżnych resztek skóry prawidłowej, o brzegach nierównych, jakby powygryzanych, obrzękłych i żywo-czerwono zabarwionych. Resztki te, nieco podminowane, znajdywały się tylko w górze od przodu, po obu bokach i w tyle od międzykrocza, przedstawiając niejako skrawki na 1—2 ctm. długie; cała zaś przednia, dolna i tylna oraz bardzo znaczna część bocznych powierzchni moszen zajęta była przez zgorzel. Również uległo jej i prącie, ale tutaj ograniczała się ona tylko do nieznacznej przestrzeni zewnętrznej powierzchni napletka i jako taka nie miała prawie żadnego znaczenia.

Po kilku dniach zgorzelinowe tkanki częścią dobrowolnie, częścią sztucznie oddzielone zostały; na granicy ich poczęły pojawiać się żywe granulacye a oba jądra, pozbawione zupełnie swych powłok, ze zniszczoną przegrodą, wisiały nagie na sznurkach nasiennych, tylko w górze wąziutkim paskiem pozostałej skóry pokryte. Tymczasem róża przy nie wysokiej już gorączce (38·5—38·3° C.) przeszła zwolna na oba pośladki a ztąd na górną część uda lewego, nie okazując już w tych miejscach żadnej dążności do zgorzeli i nie posuwając się ztąd dalej; gorączka ustąpiła i na tem zakończyła się róża po 9-dniowem trwaniu.

W obec powyżej opisanego znacznego zniszczenia moszen i zupełnego ogołocenia jąder i z uwagi, że chcąc te ostatnie pozostawić w tym stanie, naraziłoby się chorego na długie ropienie prawdopodobnie bez widoków utrzymania przez to ich fizyologicznej czynności, nie pozostawało nic innego, jak przedsięwziąć wytrzebienie a to tem bardziej, że chory, zresztą dobrze odżywiony, sam domagał się tej operacyi, nie trwożąc się bynajmniej, że przez to utraci zdolność spółkowania i płodzenia. W dniu 8. kwietnia b. r. przystąpiłem przeto do kastracyi przy łaskawej pomocy kol. Dra Ostafińskiego, który również uznał konieczność tego rękoczynu. Po uśpieniu chorego chloroformem i zastósowaniu wszelkich ostrożności antyseptycznych, wykonałem wytrzebienie naprzód na prawem jądrze, które znacznie było większe od lewego, w przypuszczeniu, że może przynajmniej

mniejsze jądro lewe da się utrzymać i pokryć pozostałemi resztkami skóry. Gdy się atoli okazało, że resztki te nawet mocno naciągnięte ku temu wcale nie wystarczają, musiałem i to jądro usunąć. Operacya cała nie była wcale trudną i polegała w obec zmian opisanych prawie tylko na przecięciu sznurków nasiennych. Sznurek nasienny prawy, który również był grubszy od lewego, przeciąłem, podwiązując oddzielnie dwie krwawiące w nim tętniczki, sznurek zaś nasienny lewy, znacznie cieńszy, przeciąłem po podwiązaniu go *en masse*. Następnie wyrównawszy i odświeżywszy dokładnie brzegi pozostałych resztek moszen, zespoiłem je wzdłuż linii środkowej międzykrocza, stósownie do byłego szwu (*raphe)*, za pomocą 10 szwów węzełkowych, nakładając opatrzenie jodoformowo-karbolowe.

Przebieg pooperacyjny był prawidłowy, ze wszechmiar pomyślny; tylko 3. dnia podniosła się ciepłota do 38·3° C., zresztą był stan bezgorączkowy a w niespełna 3 tygodni rana zgoiła się całkiem (w środku przez rychłozrost, w obu końcach przez nieznaczne ropienie). Zaznaczyć wszakże muszę, iż gdy sznurek nasienny prawy, gdzie tylko naczynia oddzielnie były podwiązane, w ciągu całego przebiegu ani obrzmienia, ani bolesności nie okazywał a obie ligatury już 4. dnia odeszły, to podwiązany *en masse* sznurek nasienny lewy przez kilka dni po operacyi był bolesny, osobliwie za każdem dotknięciem i dość znacznie obrzmiały a ligatura odeszła dopiero 7. dnia i z tego otworka przez kilka następnych dni, lubo nieznacznie, sączyła się ropa.

Przypadek powyższy, stanowiący bądź co bądź ważny przyczynek do kazuistyki kastracyi ze względu na rzadkie do niej wskazanie, jest także godny uwagi i ze względu na dość niezwykłe umiejscowienie się róży.

II. Z zakładu chemii lekarskiej prof. Stopczańskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych moczem.

Podług odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w styczniu 1892 roku.

Podał

Dr. Jan Opieński,

b. asystent katedry chemii lek. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Wyniki można podzielić na trzy grupy:

I grupa obejmuje wyniki dodatnie,
II „ „ „ wątpliwe (gdzie albo próba Neukomma lub obie dały wynik wątpliwy),
III „ „ „ ujemne.

Grupa I. obejmuje:

Cholelithiasis	6	przypadków	na	6	badanych
Cirrhosis hepat. atroph.	3	„	„	3	„
Carcinoma hepatis	3	„	„	8	„

Razem 12 przypadków na 17 badanych.

Grupa II. obejmuje:

Carcinoma hepatis	2	przypadki	na	8	badanych
Cirrhosis hepat. hypertr.	3	„	„	5	„

Razem 5 przypadków na 13 badanych.

Grupa III. obejmuje 14 przypadków (12 moczu i 2 pł. surowicy):

Abscessus hepatis	2	przypadki	na	2	badane
Carcinoma hepatis	3	„	„	8	„
Insuff. et stenosis valv. bic.	2	„	„	2	„
Cachexia malarica	1	„	„	1	„
Cirrhosis hep. hypertroph.	1	„	„	5	„
Pyaemia	1	„	„	1	„
Leukaemia	2	„	„	2	„
Płyn surow. w *Carcin. hep.*	1	„	„	1	„
„ „ *Cirrhos. hep.*	1	„	„	1	„

Razem 14 przypadków na 23 badanych.

Jeśli uwzględnimy stósunek między kwasami żółciowemi a żółtaczką, co w niniejszej tabliczce zestawiłem:

grupa		mocz żółtaczkowy	bez żółtaczki
I. (dodatn.)	12 przyp.	7	5
II. (wątpl.)	5 przyp.	3	2
III. (ujemn.)	14 przyp.	6	8

to przyjdziemy do przekonania, iż nie można z wszelką ścisłością twierdzić, aby obecność kwasów żółciowych w przypadkach patologicznych zależała wyłącznie od towarzyszącej żółtaczki, że więc fakt ten wessaniem żółci *in toto* tłómaczyćby można.

W poważnej jednak liczbie przypadków *(cholelithiasis c. ictero)* tam, gdzie jest żółtaczka, i kwasy żółciowe się znajdą, co przemawia przeciw twierdzeniu Frerichsa i Städelera, jakoby kwasy żółciowe i barwiki żółci nigdy razem w moczu nie występowały. Z drugiej strony jednak twierdzenie Hoppe-Seylera[1]), że w żółtaczce zawsze znajdują się kwasy żółciowe w moczu, przyjąć można pod powyższemi tylko zastrzeżeniami. A i spostrzeżenia na chorych wskazujące, iż nie każdy ustrój równie oddziaływa na wessanie żółci do krwi, że nie każdy w równej mierze doznaje objawów zatrucia, które przypisywać zwykliśmy kwasom żółciowym, dowodzą poniekąd prawdziwości powyższego zdania. Sprawę czy w przypadkach żółtaczki są kwasy żółciowe w moczu, roztrząsano niejednokrotnie i starano się doświadczalnie rzecz tę rozstrzygnąć. I tak Kühne twierdzi, iż w 24 godzin po zamknięciu wspólnego przewodu żółciowego (*ductus choledochus*) można u psa we krwi wykazać kwasy żółciowe; nadto dodaje, ze mocz takiego psa nie zawiera obu kwasów żółciowych taurocholowego i glikocholowego, lecz bezazotny kwas cholowy. Kühne[2]) przypisuje wadliwej metodzie tę okoliczność, że nie znajdowano w żółtaczce kwasów żółciowych, bo w roztworze eterycznym znajduje się kwas cholowy a tego badacze nie uwzględnili, szukając kwasów żółciowych li tylko w strącie otrzymanym eterem, gdy kwasu cholowego jako w eterze rozpuszczalnego należało poszukiwać w roztworze eterycznym.

W badaniach swoich jednak i roztwór eteryczny uwzględniałem, robiąc próby Pettenkofera. Baelde i Lavrand[3]) znajdują w żółtaczce kwasy żółciowe w moczu. Inni autorowie, między nimi i Hoppe-Seyler, starali się rozstrzygnąć tę sprawę przez wstrzykiwanie kwasów żółciowych psom do krwi. Tenże autor wstrzykiwał nadto psom do żył żółć odbarwioną. W tych doświadczeniach widziano u psów żółtaczkę, jednak bez kwasów żółciowych. Frerichs, który

[1]) Archiv Virchow. XXIV, str. 1.
[2]) Beiträge zur Lehre v. Icterus. Arch. Virchow. Bd. XIV.
[3]) Comptes rendus Societé biol. 40.

również te doświadczenia robił i te same wyniki otrzymał, twierdzi, że kwasów żółciowych, tak po wstrzykiwaniach kwasów żółciowych lub żółci do krwi, jako też w żółtaczce drogą naturalną powstałej niema, bo te zamieniają się w barwiki żółci za pośrednictwem barwika krwi. Teoryę Frerichsa zbija jednak między innemi już ta okoliczność, że nie udało się z kwasów żółciowych utworzyć barwików żółci a dalej, że i inne ciała, mające własność rozpuszczania ciałek krwi czerwonych, są w stanie wywołać żółtaczkę i hemoglobinuryę.

Kühnego doświadczenia [1]) w podobny sposób uskuteczniane, wykazują, iż barwiki żółci pochodzą z barwika krwi a tylko wpływ kwasów żółciowych na tę sprawę nie jest wyjaśniony.

Zanim przejdę do własnych doświadczeń w tym względzie, czy wprowadzone do ustroju kwasy żółciowe pojawiają się w moczu człowieka, względnie zwierzęcia, zastanowię się nad kwestyą, czy jest związek między pewnym stanem patologicznym wątroby a obecnością kwasów żółciowych w moczu, gdyż w pewnych chorobach wątroby napotykałem w moczu kwasy żółciowe, w innych nie. Do rozstrzygnięcia tego pytania najwięcej przyczynić się może zestawienie poszczególnych przypadków chorobowych.

Przejrzawszy powyższe zestawienie, przychodzimy do następujących wniosków:

1) Jedynie tylko w chorobach wątroby i żółtaczce, powstałej z utrudnienia odpływu żółci, znajdują się kwasy żółciowe w moczu; w innych cierpieniach, jakkolwiek połączonych z większą lub mniejszą żółtaczką, kwasów żółciowych niema, jak n. p. w niedomykalności zastawki dwukończystej i zwężeniu ujścia żylnego lewego i t. p.

2) Nie wszystkie choroby wątroby pociągają za sobą wydzielanie się kwasów żółciowych moczem; stale znajdują się kwasy żółciowe w kamicy żółciowej, dość stałym objawem są również w marskości wątroby, w okresie zaniku (*cirrhosis atrophica*) a więc w tej postaci marskości, w której nie znajdujemy barwików żółciowych.

3) Ilość wykazać się dających kwasów żółciowych w moczu w przebiegu żółtaczki z jakiejkolwiek przyczyny nie zostaje w proporcyi do stopnia żółtaczki.

Czy z zachowania się kwasów żółciowych w moczu w pewnych chorobach wątroby możnaby wywieść pewne wnioski rozpoznawcze, nie śmiem twierdzić na podstawie dotychczasowych badań; okoliczność zaś, że kwasy żółciowe dość stale znajdują się w pewnych formach marskości wątroby (*cirrhosis atrophica*), można, o ile sądzę, wytłómaczyć zmianami anatomicznemi w tymże organie. To utwierdza mnie nadto w tem przekonaniu, że francuscy autorowie mają poniekąd słuszność, odróżniając kilka odrębnych postaci marskości wątroby w inszy nieco, niż niemieccy autorowie sposób. Nie zapuszczając się zbyt daleko w tę sprawę nadmieniam, iż w przypadkach moich oznaczonych nazwą *cirrhosis hypertrophica*, którą według francuskich autorów (Olivier, Hayem, Charcot i Gombault) nazwaćby należało *Cirrhose biliaire*, gdzie do końca utrzymuje się przerost wątroby, nieobecność kwasów żółciowych tłómaczyłaby ta okoliczność, że sprawa bierze tu początek z sieci przewodów żółciowych, że cierpią tu bezpośrednio komórki wątrobowe skutkiem bujania tkanki łącznej, że zatem zniszczone są w pierwszym rzędzie pierwociny wydzielające, z czem i brak

[1]) l. c.

kwasów żółciowych w odpowiedniej ilości. Tą okolicznością tłómaczyłbym zwłaszcza te przypadki, gdzie mimo wyraźnej żołtaczki nie znajdywałem kwasów żółciowych w moczu. Z drugiej strony wykazywałem kwasy żółciowe w moczu w przypadkach t. zw. *Cirrhosis atrophica*, która jest tylko drugim i zarazem ostatnim okresem zwykłej marskości wątroby, której pierwszy okres stanowi powiększenie się narządu. W tej formie sprawa bierze początek, jako *cirrhosis annularis* lub *insularis* od rozgałęzień żyły bramnej i te doznają w pierwszym rzędzie ucisku, wtórorzędnie dopiero ulegają zmianom pierwociny wątrobowe.

III.

Na podstawie dotychczasowych badań przychodzimy do przekonania, że drogą, którą kwasy żółciowe mogą dostać się do moczu, jest po największej części wessanie kwasów żółciowych, jak to dzieje się w żółtaczce. Dalej wiemy, iż ta ilość kwasów żołciowych, która wytwarza się w prawidłowym stanie ustroju, nie pociąga za sobą wydzielania się ich moczem, bo tu tylko ta ilość kwasów żółciowych, która wydziela się przez wspólny przewód żółciowy (*ductus choledochus*) do dwunastnicy, która nie zostanie strawioną i w niższych częściach przewodu pokarmowego rozłożoną, dostaje się do obiegu krwi; ta ilość jednak jest za małą, aby w moczu wykazać się dała.

Ale i w żółtaczce bardzo mocnej, mianowicie, gdy przyczyną jej jest utrudnienie odpływu żółci, mimo, że wessanie odbywa się tu na znacznej przestrzeni, nie zawsze napotykamy w moczu kwasy żółciowe. a w każdym razie ilość. wykazać się dających kwasów nie zostaje w stósunku do ilości żółci, która dostała się do obiegu krwi.

Sprawę tę wyjaśnić mogą bliżej doświadczenia, w których wprowadzamy kwasy żółciowe z zewnątrz do ustroju. Doświadczenia te robiono na zwierzętach w ten sposób, że wstrzykiwano żółć lub kwasy żółciowe zwierzęciu do naczyń krwionośnych.

Własne doświadczenia robiłem już to przez podawanie wewnętrzne ludziom i psom *Fel tauri depuratum*, już też przez wstrzykiwania podskórne zwierzętom czystego glikocholanu sodowego. Wstrzykiwanie do żył wprost jest mojem zdaniem nieodpowiednie, gdyż badanie jest powikłane a przez to i utrudnione z powodu powstającej hematuryi lub hemoglobinuryi skutkiem zniszczenia a względnie rozpuszczenia ciałek krwi czerwonych. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18.)

Jeżeli w szeregu przytoczonych dotychczas badań pasorzytnictwo tworów śródkomórkowych w raku stopniowo przybierało postać bardziej określoną i pewną, to zyskało ono formę najwięcej wyrobioną i uzasadnioną naukowo w najnowszem dziele kilkakrotnie wspomnianego już badacza, najgorliwszego stronnika teoryi pasorzytniczej raka, L. Pfeiffra [1]).

[1]) Untersuchungen über den Krebs. Die Zellerkrankungen und die Geschwulstbildungen durch Sporozoën. Text und Atlas. Jena 1893.

Współczesna patologia, zbudowana na zasadzie, iż komórka stanowi elementarną jednostkę składową ustroju i że zboczenia w jej prawidłowym rozwoju przedstawiają w ogólnej sumie choroby tego ustroju, wyjaśniła świetnie istotę wielu spraw chorobowych; pozostaje jednak bardzo ważny dział w nauce o komórce, dotychczas nieco na uboczu stojący — pasorzytnictwo komórkowe, którego zbadanie rzuci nowe światło na wiele spraw patologicznych. I jedynie tylko brakowi odpowiednich wiadomości przypisać należy błędne zapatrywania się na znaczenie infekcyi pierwotniakowej w komórkach nowotworów. Do częstszych błędów należy zdanie, iż pierwotniaki pasorzytnicze są wielopostaciowe (*polymorph*). Są one takiemi dla tego tylko, że obecnie za mało znamy ich warunki życiowe, że my lekarze jesteśmy jeszcze bardzo słabymi zoologami, że zoologowie wreszcie za mało mają możności i chęci do badania materyału patologicznego. Stan obecny wiedzy naszej co do pasorzytnictwa pierwotniaków da się streścić w następujących zdaniach:

Komórki ustroju zwierzęcego stanowią dla rozwoju *sporozoa* pasorzytniczych nader dogodną, jeżeli nie jedyną pożywkę. Wzrost tych tworów odbywa się zawsze wewnątrz komórek i kosztem ich soków odżywczych. Komórka, mówiąc ogólnie, nie ginie wskutek wniknienia do niej pasorzyta, lecz traci zdolność mnożenia się i pełnienia swej czynności swoistej w ustroju; ten ostatni częstokroć nie odnosi początkowo żadnej szkody i może nawet w warunkach sprzyjających uwolnić się od pasorzytów. W przeciwnym razie one rozrastają się, przybierają charakterystyczną swą postać (*ameba*, *kokcydia*, *gregarina*) i przystępują do tworzenia nowej generacyi drogą podziału na 2 lub też liczne zarodki, których ilość waha się w pewnych granicach, stósownie do rodzaju pasorzyta i warunków miejscowych w komórce nowotworowej. Młode osobniki pasorzytnicze zakażają dalej nowe komórki, wybierając przeważnie młode. Oprócz takich tworów powstałych drogą prostego podziału, które powstają w warunkach dla pasorzytów dogodnych i zwykle w wielkiej ilości (*Zoosporen*), wytwarzają pierwotniaki drugi rodzaj zarodków, mających na celu ochronę gatunku w warunkach niepomyślnych od zniszczenia; są to t. zw. zarodniki trwałe (*Dauersporen*, *Dauercysten*), zaopatrzone zwykle w mocną otoczkę zewnętrzną.

Równocześnie z tworzeniem młodych zarodków (*Zoosporen*) i z przeniknięciem ich wewnątrz tkanek sąsiednich występuje działanie toksyn, wytwarzanych przez nie, sprawiające z jednej strony zboczenia ogólne w dotkniętym ustroju, z drugiej, żywe bujanie komórek miejscowe.

Pod względom stósunku pasorzytów do rodzaju tkanek ustroju odróżniać należy *sporozoa*, przebywające w jednym tylko rodzaju tkanek, naprzykład w nabłonkach (*monophagi*) i drugie pasorzytujące w rozmaitych tkankach (*polyphagi*). Do pierwszych należą *gregarinidae* i *coccidia*, stanowiące grupy tworów wyżej uorganizowanych, mieszczących się zawsze wewnątrz komórek. *Polyphagi* przedstawiają twory niższe, nie posiadające określonego miejsca pobytu w tkance i przez to dla ustroju groźniejsze. Równolegle odbywające się mnożenie tworów pasorzytniczych i komórek tkankowych ustroju wpływa na zmianę kształtu i konsystencyi dotkniętego sprawą chorobową narządu; jeżeli odbywa się to w miejscu ograniczonem, to powstaje tu guz nowotworowy.

W badaniach swych zajął się autor głównie wyjaśnieniem powstawania ognisk rakowych w tkance mięsnej, wybierając tkankę tę w tym celu, aby módz rozstrzygnąć kwestyę, czy komórka rakowa stanowi rzeczywiście samodzielną, bujającą komórkę nabłonkową, czy też jest to komórka pasorzytnicza i skłania się ku drugiemu z tych przypuszczeń, twierdząc, że bujanie komórek nabłonkowych nie stanowi bynajmniej istoty zasadniczej w tworzeniu się raka.

Według Pfeiffra w przebiegu powstawania nowotworu rakowego odróżniać można następujące okresy: W pierwszym okresie zakażenia (*Infectionsstadium*) zarodki pasorzytnicze przenikają do wnętrza komórek tkankowych, gdzie przekształcają się w osobniki dojrzałe, zdolne do dalszego wzrostu i tworzenia nowego pokolenia pasorzytów. Rozwojowi i mnożeniu się temu towarzyszy wytwarzanie substancyj trujących (*Toxine*,, które działaniem swem pobudzają okoliczną tkankę do bujania i tworzenia ziarniny. Odtąd właśnie rozpoczyna się okres drugi (*Evasions- und Granulationsstadium*); młode pasorzyty opuszczają swe siedlisko w komórce pierwotnej i przenoszą się do komórek tkanki nowotworowej, która pod wpływem coraz obfitszej infekcyi buja coraz więcej, sprawiając wzrost nowotworu. Budowa histologiczna tego ostatniego zależy w pierwszym rzędzie od typu tej komórki, czy też całej grupy komórek, które były pierwotnem siedliskiem pasorzytów.

Jak to już wspomniano powyżej, istnieją twory pasorzytnicze mające powinowactwo do komórek jednego tylko rodzaju tkanki, n. p. tkanki nabłonkowej, tkanki łącznej lub mięśniowej; z drugiej zaś strony są inne pasorzyty, które mogą się zastosować do różnych pierwocin tkankowych równocześnie. Dalej budowa nowotworu pozostaje w związku ze stósunkami miejscowemi zakażonych komórek tkankowych, ich ugrupowaniem, ciśnieniem bocznem przez tkankę sąsiednią, obfitością naczyń, blizkością przestrzeni jamistych lub przewodów i t. d. Wreszcie ma wpływ na tę budowę sam rodzaj pasorzyta, jego sposób mnożenia się, wytwarzania toksyn. Układ nowotworu powstałego na takim gruncie jest zawsze atypowy, różnomienny (*heterolog*) i charakteryzuje się obecnością swoistych tworów komórkowych. Te ostatnie powstają wskutek zakażenia młodych komórek tkanki zarodkami pasorzytniczemi, które zajmują ich miejsce i w ten sposób przemieniają się w składową część ustroju, żyjąc jego kosztem. Stopień złośliwości nowotworu i szybkości tworzenia przerzutów zależą od rodzaju pasorzyta i jego zdolności zastósowania się do pewnej oddzielnej grupy komórek lub też rozmaitych ich postaci. Ogólnie mówiąc, czem wyżej stoi w rozwoju dany gatunek pierwotniaków, tem wybitniej występuje ta wyłączność jego pasorzytnictwa ograniczająca się do jednego tylko typu komórek i odwrotnie. Prawdopodobnie więc w rakach najbardziej złośliwych znajdują się twory amebowate (*Amoebosporidia*) nadzwyczaj nizkiej organizacyi.

W okresie trzecim przebiegu nowotworu (*Migrationsstadium*), kiedy pasorzyty w miejscu zakażenia nie znajdują już dostatecznych warunków do istnienia, czy to z przyczyny, że bujanie komórek tkanki nie odbywa się równo z wytwarzaniem nowych pasorzytów, które przez to nie znajdują dla siebie miejsca, czy też wskutek wyczerpania się materyału odżywczego z powodu rozszenia się spraw degeneracyjnych w komórkach, przesiedlają się one w bliższe lub dalsze miejsca ustroju, gdzie tworzą nowe ognisko nowotworowe. Od ważności zajętego pierwotnie narządu, od odporności ustroju na trujące działanie wytwarzanych toksyn, wreszcie od szybkości postępowania charłactwa wskutek tak olbrzymiego niszczenia młodych pierwocin komórkowych, zależy to, w którym z wymienionych okresów nastąpi śmierć.

Tworzenie zatem przerzutów jest wyrazem zakażenia wtórnego: ognisko pierwotne, guz macierzysty stanowi tę glebę, na ktorej rozwijają się pasorzyty, roznoszące zarazę dalej; posiew taki czyli tworzenie przerzutów odbywać się może albo drogą naczyń limfatycznych (zajęcie gruczołów), albo przez naczynia krwionośne (przerzuty do narządów oddalonych, *generalisatio*), lub wreszcie przez bezpośrednie rozprzestrzenianie się zarodków w tkance (*disseminatio*). Anatomicznie rzecz biorąc, niema różnicy zasadniczej pomiędzy sprawą tworzenia przerzutów a postępującym wzrostem miejscowym lub nawrotem (recydywą) nowotworu, czy to *per continuitatem*, czy też *per contiguitatem*: zarówno tu, jak tam sprawą zasadniczą jest powstawanie młodych komórek tkankowych, które ulegają zakażeniu przez pasorzyty i dopiero w skutek tej infekcyi powstają nowe ogniska zazwyczaj na obwodzie starych. Rozsadnikiem zarazka są owe komórki swoiste raka, które „zapłodniają patologicznie“ pierwociny komórkowe,

otrzymujące w ten sposób bodziec do bujania i tworzenia nowych ognisk już o charakterze swoistym. Pogląd swój na sprawę nowotworzenia tkanki rakowej streszcza P f e i f f e r w zdaniu: „*Ohne heterologe Sporozoën keine homologe Gewebszellwucherung und Metastasenbildung, ohne Gewebszellwucherung kein Parasitismus und keine Tumorenbildung*“.

Tym więc sposobem do dwóch znanych dotychczas czynników przyczynowych, badanych w pewnym związku z powstawaniem nowotworu a mianowicie *a)* usposobienia miejscowego (*praedispositio, causa praedisponens*) i *b)* pobudzenia miejscowego (*causa occasionalis)*, należy dodać trzecie a mianowicie rodzaj pasorzyta i jego zdolność stósowania się do jednego lub kilku typów komórek.

Usposobienie bywa po części dziedziczne, niekiedy wrodzone, występuje czasem tylko w pewnych okresach życia. Na czem właściwie ono polega, zupełnie niewiadomo. Częstokroć schodzi się ono z równoczesnym bodźcem ogólnym lub miejscowym. Jak wiadomo najczęstszem siedliskiem nowotworu rakowego są te miejsca w ustroju, które są najbardziej wystawione na urazy. Jest to w związku z okolicznością, że *sporozoa* dla osiedlenia się i pomyślnego rozwoju potrzebują tkanki młodej i podatnej. Zupełnie analogiczne spostrzeżenia zrobił autor u pewnego rodzaju ryb: jeżeli na wiosnę płynie długo i obficie kra, jesienią można znaleźć często w mięśniach tych ryb guzy nowotworowe, zależne od obecności pasorzytów *myxosporidia*.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

— W y k a z c h o r y c h s z p i t a l a B r a c i M i ł o s i e r d z i a w K r a k o w i e z a r o k 1892 z u w z g l ę d n i e n i e m c h o r ó b z a k a ź n y c h i i c h l e c z e n i a a z a r a z e m k r ó t k a h i s t o r y a k o n w e n t u B r a c i M i ł o s i e r d z i a w K r a k o w i e i d a w n e j p o l s k o - l i t e w s k i e j p r o w i n c y i. Kraków 1893. Duża 4-ka, str. 25.

Jestto bardzo pracowite, sumienne a, co najważniejsza, umiejętne przedstawienie działania jednej z najdawniejszych instytucyj dobroczynnych w Krakowie w roku ubiegłym. Wyjmujemy zeń następujące daty. Pozostało w leczeniu z roku 1891 osób 13, przyjęto w roku 1892 osób 476; z tych wyszło 388, umarło 47, pozostało w leczeniu na rok bieżący 41 osób. Najwięcej chorych było z chorobami narządów oddechowych, między któremi gruźlica zajmuje pierwsze miejsce; jakoż z tą chorobą było 40 osób, co stanowi prawie 8% ogólnej liczby chorych; biorąc zaś ogólną liczbę zmian gruźliczych bez względu na dotknięte nią narządy, to było takich chorych 53 czyli 11%.

W gruźlicy płuc podawano chorym obok odpowiedniego pożywienia długo kreozot, stopniując dawkę systematycznie tak, że po dwóch tygodniach każdy chory dostawał dziennie po półtora grama kreozotu.

Skutek tego leczenia był pomyślny, gdyż z powyższych 40 chorych, 20 opuściło szpital prawie zupełnie zdrowych, albowiem odżywienie u nich zupełnie się poprawiło, przybrali na wadze, kaszel ustał całkiem a w płucach oprócz przytłumienia w pierwotnych miejscach nie było można wykazać żadnych zmian nieżytowych. Innych zaś 20 chorych gruźliczych wypuszczono ze znaczną poprawą a przede wszystkiem u tych chorych apetyt znacznie się poprawił, gorączka wieczorna ustała jak również i poty; jedynie pozostał jeszcze nieznaczny kaszel, wywoływany łatwo powstającym nieżytem płucnym. Siedmiu tylko chorych, którzy przybyli do szpitala w stanie zupełnego wyniszczenia, spowodowanego rozpadem płucnym, umarło pomimo kreozotu, arsenu i dobrego odżywiania.

Kreozot podawano również z dobrym skutkiem chorym na gruźlicę innych narządów, jak: gruczołów limfatycznych, kości i t. d., których leczono także sposobem chirurgicznym. Chorzy ci w liczbie 13 jako uleczeni opuścili szpital.

Pominąwszy choroby narządu trawienia, drugie miejsce co do ilości zajmuje dławcowe zapalenie płuc.

W tych cierpieniach osiągnięto w szpitalu najpomyślniejsze rezultaty, gdyż na 26 chorych jeden tylko przypadek zakończył się śmiercią.

W leczeniu zapaleń płuc, obok środków odwodzących na klatkę piersiową, dobrym i dzielnym środkiem okazała się *naparstnica* w dużych dawkach podawana.

Po stanowczem rozpoznaniu cholery w Krakowie, odstąpili Bracia Miłosierdzia swój szpital gminie miasta Krakowa na szpital choleryczny, przyjąwszy na siebie ciężki obowiązek pielęgnowania chorych osobiście. Szpital ten istniał jako choleryczny od 18. września do 1. grudnia 1892 roku, w którym to czasie po ścisłem i dokładnem odwietrzeniu przeznaczono go znowu dla nowowybuchłej edidemii, t. j. dla ospy.

Chorych na cholerę leczono mężczyzn 16, kobiet 20, razem przeto 36.

Z tego wyzdrowiało: mężczyzn 6, kobiet 11, razem 17.

Umarło: mężczyzn 10, kobiet 9, razem 19.

Z liczby zmarłych na cholerę było czworo dzieci niżej lat 7, reszta 15 osób były w wieku od 15 do 50 roku życia.

Procent śmiertelności wynosił zatem 52·7%.

Zaznaczyć jednak wypada, że z liczby zmarłych przywieziono do szpitala 9 osób w stanie końcowym tak, że te osoby już po kiku godzinach umarły.

Pierwsze przypadki cholery pojawiły się w sąsiednim Podgórzu a przebieg jej w Krakowie potwierdza tylko nowoczesne zapatrywania się na szerzenie się tej zarazy, gdyż pierwsze przypadki do szpitala przywiezione pochodzą z ulicy Mostowej Nr. 4, a więc z miejsca tylko o kilkadziesiąt kroków od Podgórza odległego. W kilka dni po przypadkach z ulicy Mostowej wybuchła zaraza przy ulicy św. Wawrzyńca Nr. 16, 18, 20, odległej od ulicy Mostowej o kilkadziesiąt kroków. Tu trwa ona najdłużej i najwięcej ofiar zabiera i ztąd rozchodzi się promieniami na miejsca sąsiednie, jak na ulicę Wąską, Józefa, Wolnicę i na ulicę Krakowską. Kilka przypadków cholery, mianowicie z odległego Kleparza, z dworca kolejowego, zdają się mieć inny punkt wyjścia, najpodobniej do prawdy od dworca kolejowego ze względu na ruch osób z zagranicy.

Największe nasilenie cholery przypada na czas od 30. września do 17. października, w którym to czasie prawie codziennie przywożono chorych; odtąd zaś następują kilkodniowe przerwy, aż dnia 29. października przywieziono ostatniego chorego na cholerę, pochodzącego z przyległej wioski Dąbie a więc z poza obrębu miasta,

W czasie od 30. września do 17. października przypada też największa śmiertelność.

W następnym rozdziale mowa o leczeniu cholery, z czego pokazuje się, iż używano wszelkich najnowszych w tej mierze sposobów.

Oddział chirurgiczny zwinięty z powodu cholery z końcem sierpnia liczył z początku zaledwie 5 łóżek, obecnie ma on jedenaście umieszczonych w dwóch pokojach i kilku separatkach. Operacyj wykonano 38.

Operatorem szpitala jest Docent Dr. R. Trzebicky, ordynaryuszem Dr. A. Filimowski, fizykiem Dr. J. Buszek.

Część historyczna skreślona przez magistra farmacyi i przeora konwentu krakowskiego L. Bernatka, zawiera bardzo cenne daty tyczące się zakonu Braci Miłosierdzia w Polsce i Litwie. Zdanie sprawy, o którem mowa, kończy się wykazem liczbowym chorych leczonych w roku 1892 w 15 szpitalach Braci Miłosierdzia w prowincyi austryacko-czeskiej. Dowiadujemy się z niego, że te szpitale mają razem 1019 łóżek, że leczono w nich w r. 1892 razem 15.750 osób, z których wyszło 14.133, umarło 814 a pozostało w leczeniu 803 osób. Liczba dni leczenia 271.658. Byłoby rzeczą pożądaną, by za przykładem krakowskich szpitali św. Ludwika i Braci Miłosierdzia i inne szpitale w kraju ogłaszały co roku zdanie sprawy ze swego działania. *D.*

Chirurgia.

F. Fischer i E. Levy: **Wyniki badań bakteryologicznych w zapaleniu szpiku kostnego i okostnej** (*osteomyelitis* i *periostitis*).

W znacznie przeważającej liczbie przypadków ostrego zapalenia szpiku kostnego znajdywano w ogniskach zapalnych *staphylococcus pyogenes aureus* i *albus*, wskutek czego pewien czas panowało ogólnie przekonanie, że wymienione drobnoustroje stanowią przyczynę swoistą tego cierpienia. Kraske wszakże wykazał, iż zapalenie szpiku kostnego jest tylko jedną z postaci ropnicy (*pyaemia*), charakteryzującą się klinicznie swem umiejscowieniem w szpiku kostnym. Dalsze badania dowiodły obecności w wydzielinie zapalnej oprócz obydwóch gronkowców także i różnych innych drobnoustrojów (*streptococcus, diplococcus*) oddzielnie lub też w rozmaitych ze sobą połączeniach tak, iż dziś wszystkie znane postacie t. zw. drobnoustrojów ropotwórczych zarówno uważać można za związane etyologicznie z tą sprawą chorobową.

Autorzy zbadali bakteryologicznie w ciągu dwóch lat w klinice chirurgicznej sztrasburskiej 15 przypadków ostrego zapalenia szpiku kostnego, wybierając, rzecz prosta, takie tylko, gdzie ognisko zapalne w kości było jeszcze zamknięte. Otrzymane wyniki wykazały, że najczęściej bywa gronkowiec, gdyż na 15 przypadków znalazł się on aż w 11 tu, z tych w 9-ciu *staphylococcus pyog. albus* i w 2-ch *staph. pyog. aureus*. Z pozostałych 2 razy był *diplococcus pneumoniae* Fraenkla i 2 razy *streptococcus pyogenes* w czystych hodowlach. Gronkowiec biały znajdowano ogólnie w ostrych zapaleniach ropnych znacznie rzadziej, niż złoty a nawet niektórzy autorowie, głównie francuscy, przypisują mu o wiele słabsze działanie chorobotwórcze, niż temu ostatniemu.

Do innych wyników doszli F. i L. na podstawie swoich przypadków: pomimo iż *staphyl. aureus* jest tak rzadkim gościem w klinice sztrasburskiej, przebieg spraw ropnych ostrych bynajmniej nie odznacza się mniejszą złośliwością. (Podobne spostrzeżenia co do częstości znajdowania *staphyl. pyog. albus* w różnych ropieniach ostrych zrobił sprawozdawca i w klinice chirurgicznej krakowskiej).

Niektórzy badacze (Lannelongue, Achard) starają się przeprowadzić różnicę w przebiegu klinicznym pomiędzy zapaleniem szpiku zależnem od gronkowców a zapaleniem wywołanem przez paciorkowce a nawet pod względem rokowania podają następujące stopniowanie tych spraw chorobowych: najzłośliwsze są zapalenia stafilokokowe, dalej idą streptokokowe, wreszcie najłagodniejsze diplokokowe. W zapaleniu szpiku kostnego zależnym od *streptococcus* zniszczenie kości bywa zwykle mniejsze, odsłoje (*sequester*) rzadsze; przeto chociaż szybciej i obszerniej ulegają zajęciu przez sprawę zapalną naczynia limfatyczne i sąsiednie gruczoły, sprawa przebiega prędzej i kończy się pomyślniej. Jakkolwiek obydwa przypadki, w których znajdywały się paciorkowce, przebiegały i zakończyły się zgodnie zupełnie z opisem Lannelonguea i Acharda, Fischer i Levy powstają zupełnie słusznie przeciw takiemu rozgraniczaniu i ustanawianiu odrębnych postaci klinicznych zapalenia szpiku kostnego na zasadzie tego, jaki rodzaj drobnoustrojów znaleziono w ropie. Na to, pomijając już inne względy, brak przedewszystkiem dostatecznej ilości zbadanych bakteryologicznie przypadków tego cierpienia. (*Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie. T. 36. str. 94*). *Dr. L. Kryński.*

Medycyna sądowa.

Prof. H. Truc (Montpellier): **Oko pod względem sądowo-lekarskim.**

Oko ma znaczenie w medycynie sądowej ze względu na sprawdzenie tożsamości osoby, na obrażenia i szkody przez nie poniesione, na uzdolnienie do służby wojskowej, symulacyę, dysymulacyę i przesadę (*exageratio*).

W sprawdzaniu tożsamości osoby na zwłokach może badanie oka oddać ważne usługi. To też uwzględnia się przy niem kształt i osadzenie oka, które u różnych ras i szczepów ludzkich bywają różne. Również uwzględnia się ze stanowiska fizyologicznego różne części oka, ich wejrzenie, zabarwienie tęczówki i t. d., ze stanowiska patologicznego zaś zboczenia chorobowe oka i jego części, zmiany w zabarwieniu, nowotwory, blizny po urazach i zabiegach leczniczych i t. d. Lacassagne zwrócił uwagę na okoliczność, że pewne zawody można poznać po właściwych im zmianach oczów. I tak spotyka się często z ciałami obcemi tkwiącemi w oczach górników, kamieniarzy, rzeźbiarzy, ślusarzy i t. d.

Pod względem tanatologicznym zwraca się uwagę na ustawienie gałki ocznej, zachowanie się źrenicy, rozwarcie lub zamknięcie szpary powiekowej.

Co do tej ostatniej okoliczności, to wynika z badań Müllera, Valuda i Gałęzowskiego, iż na 100 zwłok spotyka się 10 z oczyma zamkniętemi, 15 z rozwartemi, 65 z półotwartemi, wreszcie spotyka się jedno oko zamknięte, drugie zaś otwarte. Stosunek ten jest jednaki na zwłokach mężczyzn, kobiet i dzieci. Zauważono, że osoby otyłe miewają najczęściej oczy zamknięte po śmierci, osoby zaś wychudłe otwarte. Sztuczne przymknięcie powiek po śmierci można rozpoznać po śladzie powstającym od ucisku wywartego na powiekę górną.

Stopień rozwarcia powiek nie zależy wcale od rodzaju śmierci. Z chwilą śmierci gałki oczne układają się względem siebie rozbieżnie i tak, jakby spoglądały ku górze i ku tyłowi głowy. Tęczówka w chwili konania zwężona, rozszerza się po śmierci, w miarę jak tkanki oka przez powolne parowanie utracają swą za życia wilgotność.

W niektórych przypadkach śmierci naturalnej lub gwałtownej (n. p. przy ścięciu) zwężają się początkowo źrenice, w chwili zaś śmierci rozszerzają się i w stanie tym się utrzymują. W przypadkach śmierci wskutek zaczadzenia lub otrucia gazami kloacznymi, spotyka się łzawienie oczów i nieżyt ostry spojówek.

W przypadkach powieszenia lub zadzierzgnięcia zachodzi się wynaczynionki podspojówkowe lub pod skórą powiek, czasem także i zwichnięcie soczewki.

Trucizny, jak atropina, wywołują rozszerzenie źrenicy, morfina jej zwężenie, nikotyna i strychnina trzeszcz oczów.

Uszkodzenia oka bywają następstwem już to przypadku, nieostrożności, już też nieprzyjaznego zamiaru drugiej osoby, już też wreszcie rozmyślnego zranienia i przedstawiają się jako wstrząśnienia, stłuczenia, oparzenia, rany z pozostawieniem ciał obcych w gałce ocznej i jej otoczeniu lub bez tego.

W orzeczeniu sądowo-lekarskiem tych uszkodzeń należy uwzględnić przyrodę, stopień, przyczynę i następstwa uszkodzenia danego. Orzekać należy stanowczo tylko co się tyczy istotnie znalezionego w chwili badania stanu; co się zaś tyczy możliwych następstw, jak zapaleń sympatycznych oka drugiego, należy w orzeczeniu zwrócić uwagę na możliwość ich wytworzenia się, zastrzegając się jednak, iż w chwili badania oko drugie było prawidłowe. Uszkodzenia oka wywołane przypadkami kolejowemi, mogą być czynnościowe i stanowić jeden z objawów tak zwanych nerwic urazowych; mogą wszakże przedstawiać się także jako ciężkie uszkodzenia anatomiczne. Sprawy chorobowe połączone z ropieniem mogą stanowić następstwa po uszkodzeniach zawodowych oka, n. p. u ślusarzy, u których opiłki żelazne dostawszy się do oka mogą utworzyć ranki, które znowu następnie mogą uledz zakażeniu jadem ropnym.

W końcu zwraca autor uwagę swą na uszkodzenia oka wywołane nieostrożnością na polowaniach, wreszcie stósunek w wynagradzaniu w przypadkach utraty i upośledzenia wzroku, oznaczając tenże jak $1 : {}^1/_2 : {}^1/_4$. (*Annales d'hyg. pub. et de médecine légale. Mars. 1893*).

Choroby nerwowe.

Vibert: **Przyczynek do nauki o nerwicach urazowych.**

W etyologii nerwic urazowych mają główne znaczenie przyczyny okolicznościowe, stworzone przez każdy z osobna przypadek i usposobienie. Wiadomo, ze uszkodzenie nieznaczne wywołuje w pewnych warunkach nerwicę urazową, jak

to już stwierdzili zgodnie Charcot i inni autorzy. Najczęściej można przypisać przyczynę powstania nerwicy urazowej przestrachowi, względnie wstrząśnieniu umysłowemu, jakie towarzyszy urazowi mechanicznemu, jako też i samemu urazowi. Co się tyczy urazu, to autor sądzi, iż musi on być swoistéj natury. I tak nie widział V. blisko w tysiącu przypadków rozlicznych uszkodzeń cielesnych, jakie mu się zdarzyły w praktyce sądowo-lekarskiej, aby po zranieniu nożem, po duszeniu i t. d. powstała nerwica urazowa, mimo, że i w tych przypadkach był wstrzęs psychiczny. Nie ulega zatem wątpliwości, iż urazy tylko pewnego rodzaju, t. j. swoiste mogą sprowadzić nerwicę. Owe urazy swoiste zdarzają się najczęściej w przypadkach kolejowych, podczas jazdy wozem, po upadkach ze znacznej wysokości, po zasypaniu, wybuchach i t. d. Jeżli tego rodzaju urazy tylko mogą wywołać nerwicę, to muszą różnić się w działaniu swem od reszty urazów, nie stanowiących przyczyny nerwic. Różnica zaś ta polega na tem, iż urazy kolejowe i t. d. wstrząsają mechanicznie ośrodki nerwowe.

Wstrząśnienia tego nie można zaprzeczyć w przypadkach urazu zadanego w głowę lub stos kręgowy.

W przypadkach urazu w głowę zdarzają się czasem objawy, skłaniające na razie do rozpoznania ciężkich obrażeń anatomicznych czaszki lub mózgu, które jednak po pewnym czasie giną, ustępując miejsca właściwym objawom nerwicy urazowej. W innych znowu przypadkach urazu głowy istnieją z początku tylko objawy nerwicy, aż dopiero z czasem wystąpią objawy odpowiadające uszkodzeniom anatomicznym mózgu. Z dwojakiej tej kategoryi objawów po urazach głowy wypada: po pierwsze, iż jeżeli mózg i czaszka ulegają pod wpływem urazu uszkodzeniom widocznym, muszą także ulegać wstrząśnieniu, po drugie, iż stósownie do tego czy przeważały wstrząśnienie, czy też anatomiczne uszkodzenie, przeważają też objawy uszkodzenia mózgu lub objawy nerwicy.

Zdarzają się także przypadki urazu zadanego kręgosłupowi, w których dopiero po pewnem trwaniu przypadów rdzeniowych występują objawy mózgowe nerwicy urazowéj. Przypadki te można w trojaki sposób tłómaczyć a to: albo sprawiona przez uraz nerwica jest z początku jedynie rdzeniowej przyrody a dopiero następnie mózgowej, albo uraz rdzeniowy wywołuje objawy pierwotne, t. j. rdzeniowe a ból i przejęcie się swym stanem stwarza u chorego objawy cerebrastenii, albo wreszcie uraz wymierzony w kręgosłup dał początkom zmianom w rdzeniu, które zwolna postępując objęły także i mózg. Przypadki tego rodzaju opisał Erichsen i autor.

Drugim czynnikiem wpływającym na powstanie nerwicy po swoistym urazie jest wzruszenie psychiczne. O ile jednak jest znaczna liczba autorów, którzy czynnikowi temu największe znaczenie przypisują, o tyle Vibert krytycznie go rozpatruje i twierdzi, że stopień ciężkości nerwicy nie zależy całkiem od stopnia wzruszenia, w chwili nieszczęśliwego przypadku. Autor sądzi, iż znaczenie wzruszenia tego bardzo wielu autorów przecenia niesłusznie. Usposobieniu newropatycznemu nie przypisuje autor znaczenia o tyle, o ile w przeważnéj liczbie przypadków nerwic, ogłoszonych przez innych i przez autora, usposobienia takiego całkiem nie było. Nie przeczy jednak wcale, że tam, gdzie ono jest, wpływa bardzo niekorzystnie na przebieg i charakter choroby.

Z pracy Viberta zatem wypada, iż głównym czynnichorobotwórczym, w przypadkach nerwic urazowych jest wstrząśnienie mechaniczne ośrodków narządów nerwowych. (*Annal. d'hyg. pub. et de méd. leg. Nr. 3.* Mars 1893).

Dr. Wachholz.

Notatki terapeutyczne.

Grancher zapisuje w ostrym nieżycie żołądka i jelit u dzieci (*cholera infantilis*):

55) Rp. *Acidi lactici 2·00*
Aquae destil. 50·00
Syr. rubi idaei 50·00

i z tego daje po łyżeczce od kawy co pięć, dziesięć lub 30 minut według ciężkości przypadku. Lawatywy o temperaturze 30 do 32 stopni (Celzyusza). Żołądek przepłukuje wodą Vichy. Przeciw zapadowi kąpiel z dodatkiem mąki gorczycznej, o temperaturze 38° C. na sześć minut lub dłużej. Nakoniec można wstrzyknąć podskórnie 50 centygramów eteru.

Można także zadawać w kwadrans po łyżeczce od kawy następującego płynu:

56) Rp. *Coffeini citrici 0·25*
Rhumi veteris 20·00
Vini de Malaga 30·00
Syr. rubi idaei 40·00

Spebu zaleca na czyraki pokrywanie ich tamponami z waty aseptycznej napojonej płynem według formuły:

57) Rp. *Hydratis chlorali 10·00*
Aquae destil.
Glycerini puri āā 20·00

(*Annuaire de thérapeutique. 5. Année, 1893*).

IV. Wiadomości bieżące.

— Prof. anatomii opisowej w uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, Dr. Ludwik Teichmann otrzymał od Najjaśn. Pana order korony żelaznej 3 klasy.

— Z okazyi skutecznego działania przeciw cholerze w kraju naszym otrzymali prócz wymienionych już w przeszłym numerze Przeglądu lekarskiego osób, Prezydent miasta Krakowa Dr. Feliks Szlachtowski szlachectwo austryackie, burmistrz miasta Przemyśla Aleksander Dworski i fizyk miejski krakowski, Dr. Jan Buszek order Franciszka Józefa, Dr. Józef Kownacki, lekarz powiatowy wielicki złoty krzyż zasługi z koroną, Ludwik Swolkień, naczelnik gminy Zwierzyńca pod Krakowem, złoty krzyż zasługi. Nadto Ministerstwo spraw wewnętrznych wyraziło swoje uznanie Drowi Władysławowi Federowiczowi, właścicielowi dóbr w Oknie, staroście Adamowi Czeżowskiemu w Gorlicach, lekarzom powiatowym Drowi Władysławowi Skalskiemu w Samborze i Drowi Karolowi Wernerowi w Śniatynie, burmistrzom: podgórskiemu Romanowi Kleinowi i kołomyjskiemu Jakóbowi Asłanowi.

— Ustawa o izbach lekarskich, prawie przed $1\frac{1}{2}$ rokiem przez Radę Państwa uchwalona i przez N. Pana sankcyonowana, dotychczas z wyjątkiem Austryi Górnej nie weszła nigdzie w życie. Jakie tego opóźnienia mogą być przyczyny, nie wiemy, ale, jeżli na prawdzie oparte są głosy, iż przeprowadzeniu ustawy w krajach o ludności mięszanej stoją na przeszkodzie stósunki językowe, to argument ten, przypuściwszy nawet, iż jest rzeczywistym, nie mógłby w żaden sposób stósować się do naszego kraju, w którym wszyscy lekarze, prawie bez wyjątku, posługują się a przynajmniej rozumieją doskonale jeden wspólny język. W interesie przeto dobra kraju i stanu lekarskiego należy sobie życzyć, nawet komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego będzie się wprost o to dopominać, aby ustawa o izbach lekarskich jak najrychlej u nas obowiązywała. Pohop do tego żądania daje nam okoliczność, która niedawno poruszyła umysły lekarzy krakowskich.

W pewnym tutejszym zakładzie rządowym była do nadania posada lekarza zakładowego. O tę posadę ubiegało się dziewięciu lekarzy, z których ośmiu wykazało się praktyką szpitalną lub kliniczną i to dłuższą, niektórzy z nich nawet kilkoletnią a był między nimi i taki, który złożył egzamin na lekarza powiatowego; jeden tylko z nich nie dorównywał im ani w przybliżeniu pod względem tych kwalifikacyj. Dyrekcya zakładu zapytała się, co z uznaniem podnosimy, komitetu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, czy któremu z ubiegających się nie ma nic do zarzucenia. Komitet po dojrzałej rozwadze i gruntownej naradzie udzielił żądanej opinii. Nadspodziewanie nadano posadę tę właśnie temu kandydatowi, który miał najmniejsze kwalifikacye a przeciw któremu przemawiały także jeszcze inne informacye dane przez komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Coś podobnego nie stałoby się tak łatwo wbrew opinii izby lekarskiej, jako instytucyi urzędowej.

— Baron Nataniel Rothschild w Wiedniu darował swój zamek wspaniały wraz z parkiem w Hinterleithen pod Reichenau Towarzystwu zajmującemu się urządzaniem lecznisk klimatycznych dla chorych na płuca.

— Przewodniczącym przyszlorocznego niemieckiego kongresu chirurgicznego wybrano Prfra Esmarcha z Kielu.

— Prof. Erb w Heidelbergu, przedstawiony, jak wiadomo, jako jedyny kandydat na katedrę kliniki chorób wewnętrznych wiedeńskiej po zmarłym niedawno Prof. O. Kahlerze, zwiedził dwa razy pole przyszłego swego działania i wreszcie odmówił przyjęcia proponowanej sobie katedry, uważając dotacyą kliniki za niedostateczną wobec dzisiejszych wymagań naukowych i nie zgadzając się na tryb gospodarstwa. Tożsamo zrobił Prof. Wernicke z Wrocławia przedstawiony na profesora drugiej kliniki psychiatrycznej po Krafft-Ebingu, który otrzymał klinikę psychiatryczną pierwszą po zmarłym Prof. Meynercie.

— **Konkurs.** W celu obsadzenia jednej posady oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych z roczną remuneracyą 600 złr. a. w. rozpisuje się niniejszem konkurs do dnia 20 maja b. r.

Kandydaci mają swe podania, zaopatrzone w metrykę urodzenia, dyplom lekarza weterynaryjnego, nie mniej dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa przez dotyczące c. k. Starostwo a we Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Alfred Rosé w Zamościu, założyciel stacyi klimatycznej w Krasnobrodzie, która wszakże nie mogła się rozwinąć dla braku stosownej komunikacyi. — W Neapolu Dr. Arnold Cantani, profesor tamecznej kliniki lekarskiej, znany ze swych badań nad moczówką cukrową i przyczynków do terapii cholery azyatyckiej. Cantani był rodem z Pragi, władał dobrze językiem niemieckim i zostawał też w ciągłych stosunkach ze światem lekarskim i piśmiennictwem zawodowem niemieckiem. — Dnia 18. kwietnia w Kaslińsku, Permskiej gubernii (Rossya), wychowaniec krakowskiego Uniwersytetu, Doktor medycyny Adam Stanisław Wolański, w wieku lat 28, z duru osutkowego (*typhus exanthemat.*). Ukończył nauki w 1892 r. i w ciągu mniej niż roku zasłużył sobie na ogólne uznanie. Był jedynakiem i jedyną nadzieją rodziców.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 17-go maja b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Zapowiedziany odczyt kol. prof. Gluzińskiego; 2) kol. prof. Rydygier pokaże kilka nowszych przyrządów; 3) kol. Tyszkiewicz będzie mówić o krwawicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 20. Maja 1893. Nr. 20.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z oddziału położniczego prymaryusza prof. Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek cięcia łonowego.

Podał
Dr. Władysław Harajewicz,
b. sekundaryusz tegoż oddziału.

Dnia 4. sierpnia 1892 r. przyjętą została do oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie A. L., wyrobnica, lat 25 licząca, z Krakowa, rodząca po raz drugi.

Pierwszy poród odbył się w tym samym zakładzie dnia 18. marca 1891 r. Wówczas, z powodu ścieśnienia miednicy II. stopnia, musiałem wymóżdżyć i zmiażdżyć główkę płodu obumarłego, donoszonego i dobrze rozwiniętego, w położeniu czaszkowem drugiem. Matka przebyła prawidłowy połóg i opuściła szpital zupełnie zdrowa d. 27. marca, t. j. w 10 dni po operacyi.

Ostatnia regularność pojawiła się w listopadzie 1891 r.

Rodząca, wzrostu małego, około 145 ctm., nie przedstawia żadnych wybitnych zboczeń w układzie kostnym wskazujących na przebycie krzywicy. Stan ogólny zupełnie dobry.

Miejscowo okazuje się: brzuch wzdęty przez macicę ciężarną w 10. miesiącu księżycowym, sięgającą dnem do wyrostka mieczykowatego. Płód w położeniu czaszkowem pierwszem. Tętno płodu prawidłowe, 120 uderzeń na minutę, dobrze słyszalne, główka przyparta do wchodu. Bóle częste i mocne rozpoczęły się na 8 godzin przed przybyciem do szpitala.

Wymiary miednicy następujące: odstęp kolców 19, od. grzebieni 21, od. krętaczy 28, wymiar prosty zewnętrzny 17, wymiar pr. ukośny $9^1/_2$, wymiar pr. prawdziwy $7^1/_2$ do $7^3/_4$ centym.

Badanie wewnętrzne wykazało: część pochwowa zanikła, ujście zewn. zupełnie rozwarte, pęcherz płodowy pęknięty. Czasu, w którym wody odeszły, rodząca oznaczyć nie umie.

Główka płodu, przyparta małym odcinkiem do wchodu miednicy, zwrócona ciemieniem wielkiem ku stronie prawej. Ciemię to wysoko i ku tyłowi zwrócone, trudno daje się wymacać. Szew strzałkowy przebiega poprzecznie i bliżej kości krzyżowej. Kości czaszki twarde, niepodatne, szwy bardzo wązkie. Pod silniejszym naciskiem palca badającego główka ustępuje.

Promontoryum daje się łatwo dosięgnąć a cała miednica przedstawia obraz ogólnie ścieśnionej i płaskiej.

Po wspólnem zbadaniu rodzącej z Drem Kośmińskim, sekundaryuszem oddziału, który zastępywał nieobecnego prof Madurowicza, postanowiliśmy zaczekać jeszcze trochę, w nadziei, że silne bóle, często się powtarzające, może zdolają główkę ustalić. Gdy jednak po dwugodzinnem czekaniu główka ani się nie obniżyła, ani też nie ustaliła a wśród energicznej i bezowocownej pracy macicy, znaleźliśmy ją obkurczoną koło płodu i wyraźny pierścień skurczowy na 3 palce nad spojeniem łonowem, postanowiliśmy bezzwłocznie przystąpić do rozwiązania rodzącej. Wobec wyżej wymienionych okoliczności nie mogliśmy czekać, aż płód obumrze i tak dopiero wymóżdżyć go i wydobyć; pozostawało więc do wyboru, albo cięcie cesarskie albo łonowe. Że zaś do cięcia cesarskiego brakło stanowczych wskazań, zdecydowaliśmy się wykonać cięcie łonowe, uważając je za zabieg ułatwiający poród dziecka żywego a zbyt nie narażający matki na niebezpieczeństwa operacyi.

Za zezwoleniem Dyrektora szpitala i za uprzejmym udziałem Drów Kośmińskiego, Smorągiewicza, Choróbskiego, i Zolla, przystąpiłem do wykonania tego zabiegu.

Rodzącą ułożono w sali operacyjnej na zwyczajnym operacyjnym stole z udami spuszczonemi na dół.

Podczas usypiania wymyto pochwę dokładnie 2% roztworem kreoliny a potem sublimatu 1 : 5000, następnie

mydłem części sromne zewnętrzne i ogolono wzgórek łonowy. Całe pole operacyjne obmyto dokładnie 3% rozczynem kwasu karbolowego a następnie sublimatu 1:3000. Do cewki moczowej założono kateter metalowy.

Po zachloroformowaniu rodzącej i ukończeniu wszystkich przygotowań stanąłem po stronie prawej leżącej i poleciwszy asystentom trzymanie ud zgiętych i nieco tylko od siebie oddalonych, przeciąłem zwyczajnym skalpelem części miękkie przed spojeniem łonowem w linii środkowej. Cięcie rozpocząłem na 1 ctm. ponad górnym brzegiem spojenia a skończyłem na $1^1/_2$ ctm. przed spoidłem przedniem. Kilka naczyń krwawiących podwiązałem natychmiast. Odsłoniwszy przednią powierzchnię spojenia, rozdzieliłem na tępo przyczepy mięśni prostych tak, aby wskazujący palec lewej ręki przeprowadzić poza tylną powierzchnię spojenia łonowego. Tego łatwo dokonawszy, rozpocząłem za pomocą cienkiego, gałkowatego bistura przecinać spojenie od góry ku dołowi. Palec wskazujący lewy spoczywał zawsze na gałce bistura. Musiałem go jednak usuwać od czasu do czasu, gdyż ugniatanie przez główkę, silnymi i częstymi bólami partą, wywoływało mocny ból i zdrętwienie palca. Cewnik w pęcherzu umieszczony chronił go od obrażenia.

Według rady Leopolda postępując[1]), przeciąłem naprzód $^2/_3$ spojenia od góry, w nadziei, że obecnie zastósowana pomoc kleszczowa zdoła uwolnić główkę, tem bardziej, że po tem częściowem przecięciu główka troszkę się obniżyła a górne końce spojenia rozeszły się na szerokość palca, t. j. mniej więcej na $1^1/_2$ ctm. Główkę, chociaż wysoko stojącą, ujęto łatwo kleszczami Madurowicza w wymiarze skośnym; jednakże kilkakrotne, nawet forsowne pociągania nie odniosły skutku pożądanego, mimo równoczesnego spychania główki od zewnątrz.

Widziałem się przeto zmuszonym przeciąć spojenie całkowicie. Poleciłem tedy dwom asystującym kolegom ugniatanie na krętarze, aby uchronić rodzącą od nadwerężenia stawów biodrowych w razie nagłego rozstąpienia się kości łonowych. Przecięcie reszty spojenia nie stanowiło żadnych trudności; tylko po nadwerężeniu nieznacznem przednich wiązek więzadła łukowatego (*ligam. arcuatum*) wystąpiło mierne krwawienie, które dało się zatamować tamponami z gazy jodoformowej, co tem łatwiej wykonano, że teraz kości łonowe rozeszły się na $6^1/_2$ ctm.

Jednorazowe następnie pociągnięcie kleszczami uwolniło główkę. Poród ukończył się bez żadnych dalszych trudności; łożysko uwolniono z pomocą zabiegu Crédégo.

Po porodzie wypłukano pochwę 2% rozczynem kreoliny.

Tampon wyjęty z rany był krwią przesiąkły, ale krwawienie w głębi ustało. Po zbliżeniu do siebie obu kości łonowych, założyłem szwy w sposób następujący: Naprzód dwa mocne szwy jedwabne węzełkowe, przechodzące przez odsłonięte części miękkie i okostną obu kości łonowych a następnie szew jedwabny kapciuchowy, t. j. przeprowadziłem igłę z mocną nitką jedwabną z góry na dół, równolegle do przecięcia, o $1^1/_2$ cm. od jego brzegu, przez te same części miękkie na długości 3 ctm., następnie zaś tę samą nitkę i tak samo przeprowadziłem po stronie przeciwnej, tylko z dołu do góry, gdzie też oba końce tej nitki złączyłem węzłem mocno ściągniętym. Ranę skórną zespoiłem szeregiem głębokich szwów jedwabnych, węzełkowych i założyłem jeszcze jeden dodatkowy szew płytkowy, srebrny, zabierający części miekkie i okostną.

Opatrzenie założono jodoformowe i opaskę krochmalną a zewnętrznie węża Esmarcha, do około miednicy.

Płód płci żeńskiej wydobyty był żywy, ale omdlały i mimo usilnych parugodzinnych starań nie mógł być docucony; umarł w 4 godziny po operacyi.

Waga płodu 3100 gr., długość 53 ctm. Czaszka twarda i niepodatna przedstawiała następujące wymiary: Obwód 35 ctm. B. T. $6^1/_2$ ctm. B. P. $8^1/_2$. F. O. 11. M. O. 13. Tran. sin. 10. Tr. d. 13.

Po lewej stronie główki znaleźliśmy zdarcie przyskórka i ugniecenie od łyżki lewej w kształcie podwójnej pręgi, z których jedna przebiegała obok zewnętrznego kąta lewego oka przez kość jarzmową i środek kości ciemieniowej, druga tuż przed małżowiną uszną. Za prawem udem zaś znaleziono krwiotok na przestrzeni odpowiadającej czworakowi, powstały z ugniecenia końcem łyżki prawej, nadto na guzie ciemieniowym tylnym, z tej samej strony, mały odcisk od tejże łyżki.

W sam dzień operacyi skarżyła się chora tylko na pieczenie w ranie zewnętrznej i na nieoznaczony ból w okolicy spojenia. Wieczorem już zaczęła utyskiwać na gniecenie przez elastyczną opaskę założoną na opatrzenie organtynowe. Dla tego opaskę tę zwolniono.

6. sierpnia. Z powodu dolegliwości, jakie pasek mimo zwolnienia sprawiał, usunięto go, poczem nastąpiła znaczna ulga. Ból w okolicy spojenia utrzymuje się a zwiększa się za uciskiem na grzebienie kości biodrowych. Mocz cewnikiem wypuszczony, prawidłowy. Ciepłota rano prawidłowa dosięgła wieczorem 38·3 bez dreszczów.

7. sierpnia r. 37·4, w. 38. Bolesność w okolicy spojenia mniejsza, chora czuje się swobodną. Odchody prawidłowe.

8. sierpnia r. 37·4, w. 37·9. Stan ogólny dobry, nabrzmiewające sutki podwiązano. Odchody krwawe prawidłowe. Brzuch nieco wzdęty z powodu zaparcia stolca. Podano olej rącznikowy.

9. sierpnia r. 37·2, w. 38·6. Nad ranem było kilka płynnych stolców, którymi zawalane opatrzenie musiano powierzchownie zmienić. Przesączyna z rany w spojeniu bardzo skąpa, prawidłowa. W miejsce dawniejszego opatrzenia opasano chorą tylko dwoma zeszytymi ręcznikami, dobrze miednicę ściągając. Stawy krzyżowo biodrowe nie zdradzają żadnej nieprawidłowości. Ruchy bierne wykonywane delikatnie kończynami dolnemi niebolesne. Macica w wysokości pępka, pochylona ku stronie prawej, dobrze ściągnięta. W jamie brzusznej nie można nigdzie wybadać żadnej bolesności. Odchody prawidłowe.

10. sierpnia r. 37·7, w. 39·6. Zmieniono całe opatrzenie. Rana skórna zgojona przez rychłozrost. Odczynu w okolicy niema żadnego. Wydzieliny żadnej, opatrzenie suche. Dotykanie spojenia, nieco obrzmiałego, wywołuje bardzo umiarkowany ból. Ucisk na grzebienie kości biodrowych nie sprawia już żadnej dolegliwości. Podniesienie ciepłoty, trwające od dni czterech, bez objawów zakażenia, gdyż brak dreszczów, powiększenia się liczby tętna, niestósunkowo do ciepłoty i pragnienia, wobec braku wszelkich zmian patologicznych w innych narządach, wskazuje, że wewnątrz dróg porodowych miękkich musi być jakieś nadwerężenie o charakterze czysto miejscowym. Mocz i stolec oddaje chora

---

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 30. 1892.

sama i bez trudności. Bierne ruchy kończynami dolnemi niebolesne.

11. sierpnia r. 37·9, w. 39·2. Stan ten sam.

12. sierpnia r. 37·5, w. 38·6. Ucisk na grzebienie kości biodrowych, nawet mocny, nie wywołuje bólu. Apetyt dobry. Sutki miękkie. Stan ogólny zadawalniający.

13. sierpnia r. 37·5, w. 39·5. Zmieniono opatrzenie. Rana zupełnie zgojona, sucha, ale szwy dobrze trzymające zostawiono jeszcze. Obrzęk spojenia znacznie mniejszy. Odchody ropiaste, obfite.

14. sierpnia r. 37·5, w. 39·3. Po podaniu olejku rącznikowego, z powodu braku stolca od 3 dni, kilka obfitych wypróżnień. Chora swobodna, śpi dobrze, apetyt dobry. Macica na dwa palce nad spojeniem, dnem ku stronie prawej nachylona. (Dok. nast.)

II. Przyczynek do morfologii koków w róży.

Podał
I. Ziemacki,
docent chirurgicznej patologii w Charkowie.

Przy badaniu bakteryj w rozmaitych stanach zapalnych skóry i tkanki łącznej trapiła mię myśl, że poddawanie objektów manipulacyom zwykle używanym do badania drobnowidowego, jako to: rozcieranie między szkiełkami, wysuszanie nad płomieniem lampki, zwilżanie wyskokiem, eterem, nawet maczanie w wodzie z odpowiednimi odczynnikami, może wpływać na wejrzenie i na układ mikrokoków i laseczników. Postawiłem sobie wtedy za zadanie badać bakterye w stanie jak najbardziej naturalnym. Jakoż po rozlicznych próbach i bardzo wielu doświadczeniach udało mi się w kilku preparatach znaleść bardzo oryginalne formy.

Jedną z takich form, którą tutaj przedstawiam na rycinie, zrysowałem d. 20. grudnia 1884 r. przy pomocy *camera lucida*, w powiększeniu siedemsetkrotnem (mikroskop Hartnacka).

Odnoszący się do tego przypadek kliniczny był następujący: Natalia Prianikowa, włościanka, 42 lat, zachorowała około połowy listopada 1884 r., dnia 18 grudnia t. r. wstąpiła do szpitala Obuchowskiego w Petersburgu. Odbyła 8 porodów. Teraz jest w VIII. miesiącu ciąży. Przed miesiącem zachorowała na różę na lewej goleni. Choroba objawiła się mocnym dreszczem i znacznym bolem w nodze. Wystąpiła jaskrawa czerwoność skóry na nodze. Wkrótce potem noga zaczęła brzęknąć. Róża właściwa trwała ze dwa tygodnie. W chwili wstąpienia do szpitala dnia 18. grudnia stan następujący: Ciepłota 39·4°, tętno 120. 19. grudnia c. 38·5°, t. 110. Chora bardzo wycieńczona. Żółtaczka całej skóry. Skóra brudno-zielonego koloru. Goleń i biodro lewe nader mocno są obrzękłe. Skóra lśniąca. W wielu miejscach chełbotanie. W stawie kolanowym znaczny wysięk (*Patella saltans*). Tkanki w tej okolicy, jako to: więzy, tkanka łączna, tkanka podskórna, są nawskróś przesiąkłe płynem. Chełbotanie w bardzo wielu miejscach. Dnia 19. grudnia nacięto głęboko chełbocące miejsca i rozcięto i zdrenowano staw kolanowy. Wielka ilość ropy, po wylaniu której okazało się, że na goleni wszystkie mięśnie na przedniej, na zewnętrznej i na tylnej powierzchni są naokół ropą otoczone i niemal zupełnie odpreparowane. Ciepłota wnet po operacyi obniżyła się i była prawidłową do stycznia. Jednak siły chorej zaczęły słabnąć coraz bardziej. Wrzody nie odgraniczyły się. Przybywały coraz to nowe w najrozmaitszych miejscach. Przeciwotwory, robione w miarę potrzeby, pozostały bez skutku i chora, ostatecznie wyniszczona, umarła dnia 13. stycznia 1885 roku.

Z ropy otrzymanej za rozcięciem wrzodów okołostawowych zrobiłem kilka preparatów, bacząc pilnie na to, by ropy nie rozgniatać pomiędzy szkiełkami, ale odrazu jak najostrożniej i jak najcieńszą warstwę nasmarować na szkiełku. W ten sposób cieniutko rozmazanej kropelki nad ogniem nie suszyłem, aby grzybkom schizomycetowym nie odebrać przypadkowo pierwotnej formy lub pierwotnego układu. Barwienie, jak zwykle, anilinową błękitną farbą. Skróciłem tylko o ile można czas przebywania preparatów w wodzie. Jakoż starania moje w tym przypadku jak i w wielu innych zostały uwieńczone skutkiem. Na jednem ze szkiełek otrzymałem całą nić schizomycetową złożoną z mikrokoków róży.



Układ nici nadzwyczaj oryginalny. Cały łańcuch streptokoków, złożony mniej więcej z 400 mikrokoków, przedstawia się nam lekko pogięty w ten sposób, w jaki mniej więcej luźno rzucona nić byłaby się sama ułożyła. Takiej liczby mikrokoków i takiej formy rysunku jeszcze, o ile mi wiadomo, żaden z badaczów nie znajdywał. W każdym razie układ tej nici, nadzwyczajna ilość koków w niej zawierająca się, przedstawiają niejaki przyczynek do morfologii bakteryi tego gatunku.

III. Z zakładu chemii lekarskiej prof. Stopczańskiego w Krakowie.

Przyczynek do nauki o wydzielaniu się kwasów żółciowych moczem.

Podług odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w styczniu 1892 roku.

Podał
Dr. Jan Opieński,
b. asystent katedry chemii lek. w Uniw. Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 19.)

Doświadczenia podzielę na dwa główne działy, z których pierwszy obejmuje doświadczenia z podawaniem wewnętrznem oczyszczonej żółci wołowej ludziom i psom, drugi doświadczenia z wstrzykiwaniem podskórnem glikocholanu sodowego psom.

1. *Fel tauri depuratum*, otrzymane z żółci według farmakopei austryackiej, podawałem: *a*) psom zmieszawszy z mlekiem, chlebem i cukrem, *b*) ludziom w formie pigułek.

a) Psy trzymałem w odpowiedniej klatce i mocz kilkakrotnie wśród dnia zbierałem, badając go przed podaniem żółci, czy nie zawiera kwasów żółciowych, jak nie mniej kał. Wobec tego, że kał psów już przed podaniem żółci zawierał kwasy żółciowe, przestrzegałem czystości w klatce, usuwając z niej oddany kał i spłukując należycie wodą.

Doświadczenie I.

Pies duży, kundel, dobrze odżywiony.

Mocz badany przed podaniem żółci, w ilości 550 cm. sz. na dobę, wykazał oddziaływanie bardzo słabo kwaśne; c. g. 1.030; kwasów żółciowych nie zawierał.

Dnia 17. marca podałem psu wysuszoną nad kwasem siarkowym żółć wołową, oczyszczoną w formie wyżej nadmienionej, 5.052 gr. w 3 dawkach przez dzień na 1/2 godziny przed głównem jedzeniem.

Dnia 18. odebrałem 290 cm. sz. moczu barwy jasnowinowo-żółtej, oddziaływania alkal., o c. g. 1.024 ze śladami ledwo spostrzegalnemi białka.

Po badaniu za pomocą metody ołowiowej
Pr. Ptkf. dała wypadek wątpl.
„ Nkm. „ „ słabo dodatni.

Tego samego dnia popołudniu odebrałem 200 cm. sz. a o 5ej 300 cm. sz. moczu.

Dnia 19. rano odebrałem 200 cm. sz. i całą ilość z doby w ilości 700 cm. sz. badałem metodę ołowiową ze skutkiem: Pr. Ptkf. wątpliwym
„ Nkm. „

Dnia 19. i 20. rano odebrałem 1000 cm. sz.
Pr. Ptkf. wątpliwa
„ Nkm. ujemna.

Dnia 20. i 21. rano odebrałem 650 cm. sz., w którym
Pr. Ptkf. dała wynik ujemny.
„ Nkm. „ „ „

Po spożyciu przez psa 5.052 gr. żółci zaledwie spostrzegalne tylko ślady kwasów żółciowych w moczu wykazać było można i to tylko w moczu z tego samego dnia po spożyciu żółci.

Doświadczenie II.

Ten sam pies otrzymywał od dnia 3. kwietnia przez 3 dni znaczne dawki żółci wołowej a to po 9 gram. dziennie w dwóch porcyach.

Mocz z doby 3/4 kwietnia w ilości 250 cm. sz., barwy winowo żółtej, nieco w zielonkawą wpadającej, oddz. alkal., o c. g. 1.029 wykazał: Pr. Ptkf. dodatnia
„ Nkm. dodatnia.

Dnia 4. kwietnia zauważyłem u psa biegunkę.

Mocz z doby 4/5 kwietnia w ilości 620 cm. sz. już bezpośrednio przez odparowanie kilkunastu kropel daje oddziaływanie Neukoma; tak też ze strątu ołowiowego otrzymany wyciąg dał: Pr. Ptkf. dodatnią
„ Nkm. wybitnie dodatnią.

Z powodu wielkiej ilości urochromu oddziaływanie Ptkf. nie występuje zbyt mocno.

Dnia 5. kwietnia podałem 8.5 gr., lecz pies zjadł tylko 2.8 gr., reszty nie chciał ruszyć; biegunka się utrzymuje, apetytu brak zupełny.

Mocz z doby 5/6 w ilości 140 cm. sz. już bezpośrednio dał mocne oddział. Neukoma, co przemawiało za dość znacznemi ilościami kwasów żółciowych w moczu.

Kał psa wykazuje już wprost w rozczynie wodnym wyciągu wyskokowego mocne oddziaływanie dla kwasów żółciowych.

b) Dwom rekonwalescentom w oddziale I. A. szpitala św. Łazarza podawałem 1/2—1 gramowe pigułki z żółci wołowej oczyszczonej z *Extr. taraxaci.*

Doświadczenie III.

J. S. Bronchitis diffusa. Pleuritis.

Mocz chorego przed podaniem żółci barwy winowo-żółtej, wysycony, kwaśny, o c. g. 1.028, zawiera białka ślad po dłuższem odstaniu zaledwie spostrzegalny; urochrom zwiększony. W 1000 cm. sz. moczu kwasów żółciowych nie wykazałem.

Dnia 4. maja podałem 3 razy po 2 gramowe pigułki.

Mocz z doby 4/5 maja w ilości 501 cm. sz. badany metodą ołowiową wykazał:
Pr. Ptkf. bardzo słabo dodatnia
„ Nkm. słabo dodatnia.

Dnia 5. maja podałem tę samą ilość żółci wołowej.

Mocz z doby 3/4 maja w ilości 550 cm. sz. zawiera indykan i urochrom w ilościach bardzo zwiększonych.
Pr. Ptkf. słabo dodatnia
„ Nkm. wybitnie dodatnia.

Dnia 6. maja podałem tę samą ilość żółci wołowej.

Mocz z doby 6/7 maja w ilości 600 cm. sz. o tych samych własnościach już bezpośrednio wykazuje słabe oddziaływanie Neukoma a bardzo wybitnie po przerobieniu metody ołowiowej.

Doświadczenie IV.

A. C. Bronchitis diff. in individuo hysterico. Mocz przed podaniem żółci w ilości 800 cm. sz. na dobę oddział. kwaśn., barwy jasno-winowo żółtej, o c. g. 1,022 nie wykazał obecności kwasów żółciowych.

Dnia 13. maja podałem 2 razy po 3 pigułki 1/2 gramowe t. j. chora zażyła tylko 3 gramy.

Mocz z doby 13/14 maja w ilości 1000 cm. sz. zawierał indykan w ilości bardzo znacznie zwiększonej.
Pr. Ptkf. dała wynik ujemny
„ Nkm. „ „ „

Dnia 14. maja podałem tę samą ilość, zauważyłem przytem dość mocną biegunkę.

Mocz z doby 14/15 maja wylano, przeto go nie badałem.

Dnia 15. maja podałem tę samą ilość.

Mocz z doby 15/16 maja w ilości 600 cm. sz. daje obiema próbami wynik ujemny.

2. Stosowanie glikocholanu sodowego w formie wstrzykiwań podskórnych psom.

Doświadczenie V.

Psu z doświadczenia I. wstrzyknąłem dnia 12. kwietnia o godzinie 9 rano strzykawkę Pravaza 25% gr. glikocholanu sodowego, t. j. pies dostał 0,25 gr. kwasu glikocholowego; tę samą dawkę otrzymał wieczorem, t. j. przez dzień otrzymał 0,50 gr. kw. glikocholowego.

W moczu z doby 12/13 kwietnia w ilości 600 cm. sz. oddz. alkal. Pr. Ptkf. ujemna
„ Nkm. ujemna.

Dnia 13. kwietnia wstrzyknąłem 2 strzykawki tego samego roztworu. W moczu z doby 13/14 kwietnia w ilości 630 cm. sz. Pr. Ptkf. ujemna
„ Nkm. ujemna.

Dnia 14. kwietnia dostał pies tę samą ilość kw. glik.

W moczu z doby 14/15 kwietnia w ilości 680 cm. sz.
Pr. Ptkf. wątpliwa
„ Nkm. wątpliwo-dodatnia.

Dnia 15. kwietnia wstrzyknąłem 0,40 gr. glikocholanu sodowego. W moczu z doby 15/16 kwietnia w ilości 550 cm. sz. ze śladami białka Pr. Ptkf. wątpliwa
„ Nkm. ujemna.

U psa spostrzegłem owrzodzenia w miejscach, gdzie wstrzyknięto.

Mocze z następnych dni badane dają wyniki ujemne.

Doświadczenie VI.

Pies mały, pinczer, dość dobrze odżywiony. Mocz w ilości 120 cm. sz. badany przed wstrzykiwaniami nie wykazuje kwasów żółciowych.

Dnia 11. sierpnia wstrzyknąłem pod skórę 3 strzykawki 25% roztworu glikocholanu sodowego, pies zatem dostał 0,75 gr. kwasu glikocholowego.

Mocz z doby 11/12 sierpnia w ilości 85 cm. sz. nie zawiera kwasów żółciowych.

Dnia 12. sierpnia wstrzyknąłem tę samą ilość.

Mocz z doby 12/13 sierpnia w ilości 125 cm. sz.
„ „ 13/14 „ „ 120 cm. sz.
razem w ilości 245 cm. sz. po przerobieniu metody ołowiowej poddałem Pr. Ptkf. z wynikiem dodatnim
„ Nkm. z wynikiem wybitnie dodatnim.

Dnia 15. sierpnia wstrzyknąłem tę samą ilość. W moczu z doby 15/16 sierpnia w ilości 89 cm. sz. wynik badania dodatni obiema próbami.

Dnia 16. sierpnia wstrzyknąłem tę samą ilość. W moczu z doby 16/17 sierpnia w ilości 120 cm. sz. Wynik badania obiema próbami dodatni.

Na podstawie doświadczeń dopiero co opisanych przychodzimy do następujących wniosków:

1) Po użyciu małych stosunkowo ilości kwasów żółciowych, czy to w formie wstrzykiwań podskórnych, czy też wewnętrznie podanych tak u zwierząt jak i u ludzi nie można ich w moczu udowodnić; większe dopiero dawki (wewnętrznie od 6 gr. na dzień, podskórnie od 0·75 kw. glikochol. na dzień) pozwalają na wykazanie kwasów żółciowych w moczu.

2) Ilość wykazać się dających kwasów żółciowych w moczu tak u zwierząt jak i ludzi, nawet po użyciu większych dawek, jest niestósunkowo mała do wprowadzonej ilości kw. glikocholowego.

3) Większe ilości *Fel tauri depuratum* wewnętrznie podane wywołują u ludzi i zwierząt brak apetytu i biegunkę.

Jak widzimy, znaczenie kwasów żółciowych w wydzielinie moczu jest wogóle do dziś dnia bardzo podrzędne. Do niedawna jeszcze rostrzygała ich obecność w moczu o naturze żółtaczki tj. mówiono o *icterus hepatogenes*, gdy kwasy żółciowe znajdywano w moczu, o *icterus haematogenes*, gdy ich nie było. Dziś jednak znaczenie ich i w tym względzie upadło, skoro się wykazało, że w wielu razach niewątpliwej żółtaczki zastoinowej nie można wykazać kwasów żółciowych w moczu i wobec badań Quinckego [1]), który odrzuca podział na *icterus hepatogenes i haematogenes*, twierdząc, iż źródłem dla tworzenia się barwika żółci jest zawsze barwik krwi. Gdy jednak nie udowodniono tworzenia się barwika żółci z barwika krwi w krwi krążącej, uważa Quincke tylko żółtaczkę zastoinową (*Stauungsicterus*) za *icterus hepatogenes* a każdą inną radzi nazywać *icterus anhepatogenes*.

Badania moje wykazały nadto dowodnie, że kwasy żółciowe, tak u chorych, u których nastąpiło wessanie żółci, jak i u zdrowych, którym wprowadzono z zewnątrz kwasy żółciowe, w niestósunkowo małej ilości lub wcale nie pojawiają się w moczu, że więc muszą za wejściem do obiegu krwi ulegać szybko jakiemuś bliżej nieznanemu rozkładowi. Że nie są przynajmniej wprost źródłem dla tworzenia się barwików żółci, jest rzeczą pewną, a zbadanie rodzaju i kierunku tego rozkładu, zbadanie mianowicie, jak zachowuje się u zwierzęcia z równowagą azotu ilość tegoż azotu podczas wprowadzania kwasów żółciowych, zostawić muszę najbliższej przyszłości w zamiarze podzielenia się z czytelnikami wypadkiem tychże doświadczeń.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Ed. Madeyski: **Dyetetyka dzieci.** (Wydanie drugie. Lwów 1893).

Pierwsze wydanie tego dzieła było już omawiane w *Przeglądzie Lekarskim* jeszcze w r. 1869. Wielki przewrót, jaki sprawiła teorya chorób zakaźnych w pojęciach i wyobrażeniach higienicznych, skłonił autora do wypracowania drugiego wydania, które mamy przed sobą; znajdujemy już w niem dział poświęcony wyjaławianiu mleka krowiego, oraz znaczny ustęp poświęcony zasadom samoochrony od chorób zakaźnych, do których niepotrzebnie autor zaliczył świerzb. Donośna sprawa pracy i odpoczynku nie została pominiętą, a książkę zamyka rozdział o gimnastyce.

Zaletą układu dzieła jest objęcie dyetetyki nietylko okresu niemowlęctwa i tak zwanego drugiego dziecięctwa, lecz i wieku pokwitania, niemniej potrzebującego rozsądnych rad i wskazówek.

Język zostawia do życzenia a takie wyrazownictwo, jak szkrofle, prośnica i t. d., wobec istnienia Słownika terminologii lekarskiej polskiej, nie powinno szpecić książki polskiej; również pojmowanie fenomenów fizyologicznych i patologicznych nie odznacza się ścisłością naukową.

W szeregu usiłowań obywatelskich filantropów, zmierzających ku poprawie zdrowia naszego ogółu, praca prof. Ed. Madeyskiego jest pożytecznym przyczynkiem, zasługującym na szersze rozpowszechnienie. *Dr. A. Kw.*

F. Scholz: **Lehrbuch der Irrenheilkunde.** Leipzig. 1892. 8-vo, str. 356. Verlag von E. H. Mayer. Z 3 tablicami prób pisma i 44 wizerunkami obłąkanych. Cena 10 marek.

Podręcznik powyższy powstał z uzupełnienia i rozszerzenia zarysu psychiatryi, wydanego przez tegoż autora przed kilku laty. Nowy ten podręcznik ma na celu nie tylko pouczyć ucznia lub praktycznego lekarza o chorobach umysłowych, lecz także ma posłużyć i specyaliście.

Po krótkim wstępie, podającym zarys dziejów psychiatryi, omawia autor ogólne objawy i zboczenia w chorobach umysłowych jak affekty chorobliwe, złudzenia umysłowe, urojenia, myśli przymusowe, zboczenia w zakresie woli, działania czynności wegetacyjnych, mowie, piśmie i t. d. Większa część dzieła poświęconą jest szczegółowemu przedstawieniu form chorobowych z uwzględnieniem przyczyn i podziału chorób.

Przedstawienie form chorobowych jasne i łatwo zrozumiałe, ilustrują jako przykłady podane historye chorych leczonych w schronisku św. Jerzego dla obłąkanych w Bremie, którego dyrektorem jest autor, i liczne a pięknie wykonane typograwury w artystycznym zakładzie Dra Alberta w Monachium podług zdjęć z natury. Jakkolwiek treść dzieła wyczerpuje temat w całości, mimo to autor stara się o zwięzłość, podając rzeczy tylko lekarzowi niezbędnie potrzebne. Teoryę i hipotezy autor wykluczył z dzieła swego a podał jedynie zapatrywania się pewne, przez naukę jednomyślnie za pewniki uznane. Mimo to nie utracił podręcznik nic na oryginalności, której cechą jest nieco odmienny podział chorób. Wszystkie zboczenia psychiczne dzieli autor na pięć grup. Pierwsza i największa obejmuje tak zwane nerwice psychiczne. Do grupy tej zalicza autor jako osobne formy: niedołęztwo pierwotne, ostre pomieszanie (*Acute Verworrenheit*), zadumę, manię, szaleństwo gwałtowne, pomieszanie i niedołęztwo następowe, pomieszanie pierwotne (*paranoia*) katatonię i obłąkanie okresowe. Grupa druga obejmuje choroby umysłowe, występujące w przebiegu nerwic ośrodkowych jak padaczki, macicznicy, neurastenii, pląsawicy. Trzecią grupę stanowią psychozy występujące w zatruciach alkoholem, morfiną i ołowiem, czwartą psychozy, polegające na zmianach anatomicznych mózgu, piątą i ostatnią zboczenia rozwojowe wrodzone lub w wieku dziecinnym nabyte, połączone z upośledzeniem władz umysłowych jak idyotyzm, matołectwo i obłąkanie moralne.

Trudno opierać się o podział chorób zwłaszcza umysłowych, dla których, ściśle rzecz biorąc, nie ma się pewnej i stałej podstawy. Podział chorób tych jest wypływem doświadczeń i zapatrywań się autora. W każdym jednak razie przepatrzywszy powyższy podział, przyznaje się znaczną wyższość podziałowi Krafft-Ebinga, u którego pierwsza grupa wedle Scholza stanowi dwie oddzielne grupy nerwic i zwyrodnień umysłu. Wprawdzie S. nie przeczy, iż pomieszanie pierwotne (*paranoia*) i obłąkanie okresowe przedstawiają nam formy chorób, występujących na tle dziedzicznością usposobionem, jednak ponieważ tak nerwice umysłowe wedle Kraffta jak zaduma, mania i t. d. jak i zwyrodnienia n. p. pomięszanie pierwotne żadnych zmian anatomicznych w mózgu nie wywołują, przeto połączył je w jedną wspólną grupę nerwic umysłowych.

W opisie i nazwach form nie spotykamy zmian i różnic wybitnych od nazw używanych przez Krafft-Ebinga. Jedynie tylko obłąkanie ściślejsze (*hallucinatorischer Wahnsinn*)

---

[1]) Beiträge zur Lehre vom Icterus. Arch. Virchowa 95, str. 130.

Krafft-Ebinga czyli *amentia* Meynerta nosi w dziele Scholza nazwę ostrego pomieszania *(acute Verworrenheit)* i jest nieco może za krótko, choć dokładnie przedstawioną. Forma ta bowiem należąca do nerwic z wyczerpania i wycieńczenia mózgu (*Erschöpfungsneurose* Krafft-Ebinga), wynikających n. p. z chorób fizycznych, wysiłków umysłowych i t. d. a kończąca się w 70% przypadków wyzdrowieniem, wydarza się wcale często a stanowi nadto prawdziwy kamień probierczy zdolności dyagnostycznych lekarza z powodu swej zmienności w obrazie to zadumy, to znów manię przedstawiającym. Z tego to względu wymagałoby się nieco obszerniejszego omówienia formy tej i przedstawienia kilku historyi chorobowych dla przykładu.

Dzieło Scholza kończy się trafnemi uwagami, tyczącemi się ocenienia sądowo-lekarskiego stanu umysłowego i badania w tymże celu.

Podręcznik napisany jest stylem wprawdzie nie wykwintnym, lecz potoczystym i dla każdego zrozumiałym; obok zalet wewnętrznych elegancya, staranność wydania i bardzo umiarkowana cena polecają podręcznik ten najlepiej.

Dr. Wachholz.

Terapia.

E. Mendel: **Przypadek opuchliny śluzakowej** (*myxoedema*). E. Wichmann: **Przypadek opuchliny śluzakowej, w którym nastąpiło polepszenie skutkiem wstrzykiwań soku gruczołu tarczykowego.**

Obydwa przypadki te ogłoszone równocześnie mają tę wspólną cechę, że zarówno w pierwszym, jako i w drugim nastąpiło znaczne polepszenie pod wpływem tej samej terapii. Pierwszy przypadek tyczy się 58-letniej kobiety, cierpiącej od 11 lat na przerzeczoną chorobę. Pod wpływem kilkutygodniowego leczenia wyciągiem gruczołu tarczykowego obrzęk skóry znacznie się zmniejszył, zwłaszcza na twarzy, karku i nogach, tętno podniosło się z 60 na 70, ciepłota z 34·8 na 36·4, ilość moczu z 1100 na 1450 ctm. sześć. i t. d. Do wstrzykiwań używał Mendel wyciągu z gruczołu tarczykowego baranów; z gruczołów 4-ch baranów otrzymał 250 gr. wyciągu; wstrzykiwał z początku $^1/_2$, poźniej $^3/_4$ strzykawki Pravazowskiej. W drugim przypadku kobieta 35-letnia, cierpiąca od lat dwu na opuchlinę śluzakową, przedstawiająca wszystkie wybitne objawy tej choroby, została prawie że uzdrowioną w ciągu 5-ciu tygodni wstrzyknięciem pod skórę 9 ctm. sześć. wyciągu gruczołu tarczykowego. Ponieważ przepis przyrządzania tego wyciągu nie jest zbyt rozpowszechniony między lekarzami, podaje go Wichmann. Wynalazcą tej metody leczenia choroby, o której mowa, jest Jerzy R. Murray; Wichmann podaje własną modyfikacyę przepisu na przyrządzenie owego wyciągu, gdyż po wielokrotnych próbach okazała się ona najlepszą: przedewszystkiem radzi on udać się samemu do rzeźni i po zabiciu zdrowego barana oraz ściągnięciu skóry z jego szyi przez rzeźnika, wyciąć wyjałowionemi narzędziami (skalpel i pinceta) cały gruczoł tarczykowy, składający się u barana z dwu płatów. Gruczoł przenosi się w wyjałowionem naczyniu szklanem ze szlifowanym korkiem do domu, gdzie na wyjalowionej również płytce szklannej oddziela się od gruczołu otaczającą go tkankę łączną oraz tłuszczową i kraje gruczoł na drobniutkie kawałki także wyjałowionemi narzędziami; kawałki te wrzuca się do wyjałowionego szklanego naczynia, oblewa 1 ctm. sześć. 0·5% roztworu karbolu i 1 ctm. sześć. najczystszej gliceryny i naczynie to przechowuje się w piwnicy przez 24 godziny. Po upływie tego czasu, zdesynfekcyonowawszy poprzednio ręce, wyciska się przechowaną w naczyniu masę przez kilkakrotnie wygotowany i umoczony w 5% karbolu płatek płócienny. Naczynie, do którego się sok gruczołu tarczykowego wyciska, musi być oczywiście również wyjałowione. Wyciśnięty płyn jest nieco zabarwiony na czerwono i mętnawy. Do wstrzyknięcia używa autor jednej strzykawki Pravaza wyciśniętego soku: resztę wyciągu wyrzuca, gdyż przed każdem wstrzyknięciem należy przygotować sobie świeży płyn, który się wstrzykuje po 2 razy tygodniowo. W pierwszych injekcyach zaleca się ostrożność, t. j. nie należy od razu wstrzykiwać całego centymetra sześciennego, lecz zacząć od kilku kropel, nazajutrz wstrzyknąć $^1/_2$ strzykawki, po kilku dniach dopiero całą.

Co się tyczy rokowania, nie łudzi się autor, by wyż opisana metoda lecznicza mogła cierpienie przerzeczone usunąć w zupełności i na zawsze. To jednak niewątpliwie, że daje się uzyskać za pomocą tej metody znaczne polepszenie stanu chorych i taki stan polepszenia da się, być może, utrzymać stale przez wstrzykiwania wyciągu gruczołu tarczykowego, peryodyczne np. co 3 miesiące lub w dłuższych jeszcze okresach czasu. (*Deutsche Medicin. Wochenschrift N. 2. 1893*). *Dr. K. Klecki.*

Choroby skórne i kiłowe.

Piasecki (z Gałaczu): **O leczeniu kiły wstrzykiwaniami wśródmięśniowemi 5% roztworu sublimatu** (metoda Łukasiewicza).

Wstrzykiwanie podskórne soli rtęciowych w leczeniu kiły nie jest rzeczą wcale nową. Od czasu jego wynalazców, Scarenzia we Włoszech, Hebry w Austryi a Huntera w Niemczech (?) sposób ten leczenia znalazł między syfilidologami gorliwych obrońców, którzy starali się na podstawie statystyki wykazać wyższość jego nad wcieraniami, nakadzaniami (*fumigations*) i wprowadzeniem rtęci do ustroju przez żołądek. Można też śmiało powiedzieć, że niema prawie takiego przetworu rtęci rozpuszczalnego lub nierozpuszczalnego, któregoby nie polecano do użycia podskórnego i nie opisano najskuteczniejszego a najmniej szkodliwego, że tu wymienimy tylko kalomel, sublimat, salicylan i tymolooctan rtęciowy, precypitat żółty i czerwony, nawet samą rtęć metaliczną w postaci oleju szarego, świeżo gorąco zalecanego przez Langa i tyle innych. Wytrzymał jednak zwycięsko wszystkie ataki i utrzymał się na swem stanowisku jedynie tylko roztwór wodny sublimatu.

W celu zalecenia tego lub owego przetworu powoływali się autorowie przede wszystkiem na liczbę nawrotów czyli recydyw choroby. W tej mierze przytacza autor cały ustęp z dzieła Mauriaca (*Leçons sur les maladies vénériennes*), który oświadcza, że powoływanie się na statystykę nawrotów w leczeniu kiły tym lub owym sposobem jest zupełnie niewłaściwe nawet, gdyby się manewrowało całemi kolumnami liczb, bo kiła, leczona czy nie leczona, zawsze miewa w pierwszych latach swego rozwoju nawroty, częstsze lub rzadsze, lżejsze lub cięższe. Jestto istotą kiły, że pojawia się w postaci wybuchów (*poussées*) a bardzo rzadkiemi są przypadki, w którychby kiła raz tylko pojawiła się następowo. Widzi się też codziennie, jak jedni chorzy wyzdrawiają po trzech lub czterech nawrotach z objawami powierzchownemi podczas leczenia bardzo prostego lub nawet bez niego, gdy u drugich mimo najrozmaitszych sposobów leczenia jak najstaranniejszego kiła występuje ciągle wśród zmian licznych i głębokich, trudnych bardzo do usunienia; są wreszcie i tacy chorzy, u których leczenie nic nie skutkuje, którzy giną z charłactwa i ogólnego wycieńczenia.

Tych nader trafnych i z życia wziętych słów Mauriaca użył autor do wypowiedzenia zdania, że statystyki recydyw nie można w żaden sposób użyć do rozstrzygnięcia się za tym lub owym przetworem przeciwkiłowym tem bardziej, iż nie mamy dotychczas żadnego środka radykalnego przeciw kile, której nie przecinamy ani nie przerywamy, lecz którą jedynie łagodzimy w jej przypadach, nie mogąc nigdy uważać się w walce z nią za zwycięzców ani być pewnymi tego, iż nazajutrz po ukończeniu jak najdokładniejszego i najskrupulatniejszego leczenia albo nawet i podczas niego nie wystąpi nowy wybuch choroby. Na to i autor i każdy lekarz doświadczony może przytoczyć przykłady z własnej praktyki. Ani rtęć ani jodek potasu nie zapobiegają kile, lecz działają tylko na widoczne jej przypady. Dlatego też bez względu na leczenie trzeba zawsze spodziewać się nowych wybuchów choroby. Utrzymuje się wprawdzie zdanie a przychyla się do niego autor, iż po wcieraniach szaruchy recydywy bywają późne, ale zdarzają się i od tego wyjątki a znaczną liczbę recydyw po wstrzykiwaniach podskórnych sublimatu trzeba przypisać, zdaniem autora, bardzo szybkiej eliminacyi tego

leku z ustroju. Jakoż Spiegler mógł wykazać ślady rtęci w moczu już w 24 godzin po pierwszej injekcyi.

Korzyści z wstrzykiwań podskórnych sposobem Levina polegają na rychłem ich działaniu (po 10 wstrzyknięciu można już nieraz widzieć poprawę a nawet znikanie przypadów), oszczędzaniu przewodu pokarmowego, znikaniu osutek skórnych i utrzymaniu czystości tudzież tej okoliczności, że nie unoszą się pary rtęci w powietrzu i nie szkodzą przeto innym osobom, osobliwie chorym, co niewątpliwie ma znaczenie w szpitalu, że chorzy nie mogą oszukiwać lekarza, że dawka rtęci wprowadzona do ustroju jest dokładnie znana i że nakoniec metoda ta lecznicza jest tania.

Odwrotną stroną wstrzykiwań podskórnych jest potrzeba znacznej liczby wstrzyknień, wielka nieraz ich bolesność, nakoniec zmiany miejscowe po wstrzyknięciu, jak ropnie, zapalenie tkanki łącznej podskórnej a nawet zgorzel, wprawdzie coraz rzadsze, im postępuje się ostrożniej, ale zawsze przecież możliwe.

Otóż tych stron ujemnych wstrzykiwań podskórnych sposobem Levina nie ma po największej części metoda podana przez prof. Łukasiewicza w Inspruku.

Łukasiewicz chcąc mieć korzyści z jednej strony wstrzykiwań podskórnych sublimatu, z drugiej potrzebować jak najmniejszej ich liczby, począł doświadczać roztworów sublimatu 3%, 4% i 5% i zatrzymując się na ostatnim zaleca wstrzykiwania centymetra sześciennego po razie na tydzień, jeżeli niema przeciwskazań ze strony narządu oddechowego, przewodu pokarmowego, organów moczopłciowych lub ogólnego osłabienia. W razie naglej potrzeby, n. p. w kile mózgu, można płyn przerzeczony wstrzykiwać co 5 a nawet i co 4 dni. Cztery do pięciu takich wstrzykiwań wystarcza zazwyczaj; przypadki bardzo złośliwe nie wymagają więcej niż 10 wstrzyknięć. Chorych można leczyć tym sposobem tak w ich mieszkaniu jak i w godzinie ordynacyjnej u siebie.

Otóż na podstawie tej pracy prof. Łukasiewicza rozpoczął autor swe doświadczenia z tą metodą terapeutyczną w szpitalu w Gałaczu i zdaje teraz sprawę z 25 przypadków kiły, leczonych sposobem, o którym mowa.

Ból po wstrzyknięciu 5 centygramów nie jest większy, niż po wstrzyknięciu jednego centygrama a ponieważ wstrzykiwania robi się zazwyczaj tylko raz na tydzień, przeto chorzy godzą się z nim łatwo. W żadnym przypadku nie widział autor objawów rtęcicy jak rozwolnienia, nadmiernego wydzielania moczu albo wcale białkomoczu. W jednym tylko przypadku wystąpiło zapalenie błony śluzowej jamy ustnej. Najczęściej po jednem wstrzyknięciu i używaniu miejscowo tylko kompresów napojonych roztworem sublimatu 2‰ zasychały lepieże (*plaques muqueuses*) na prąciu i mosznach, osutki bladły i najpospoliciej po dwóch a co najwięcej trzech wstrzykiwaniach ginęły zmiany chorobowe w skórze i błonach śluzowych tak, iż trudno było potem zatrzymać chorych w szpitalu, którzy uważali się za zupełnie wyleczonych.

Na poparcie swych uwag przytacza autor kilka przypadków ciężkiej kiły, leczonych przez siebie z bardzo pomyślnym skutkiem wstrzykiwaniami na sposób Łukasiewicza.

W szpitalu otrzymywali chorzy zazwyczaj po trzy do pięciu wstrzykiwań a potem leczyli się ambulatoryjnie, przychodząc raz na tydzień po jedno jeszcze lub dwa wstrzyknięcia.

Do wstrzykiwań używał autor roztworu, sporządzonego podług przepisu prof. Łukasiewicza:

Rp. *Mercurii sublimati corrosivi*
Natrii chlorati (*salis culinarii*)
āā centigrammata 50
Aquae destil. grammata 10

a wprowadzonego za pomocą pełnych wstrzykawek Pravazowskich z igiełką o 7 centym. długości w mięśnie pośladków naprzemian po stronie prawej i lewej i zatrzymując pewną odległość jednego wstrzyknienia od drugiego. Miejsce obrane do wstrzyknienia naprzód oczyszczano mydłem a następnie odrażano kompresami, napojonemi roztworem albo 2‰ sublimatu albo 5% kwasu karbolowego. (*Bulletin général de Thérapeutique. 15. Février. 1893*). *D.*

Choroby nerwowe.

V. Lange: **O częstej przyczynie powolnego i wadliwego rozwoju umysłowego u dzieci.**

Przyczyną opóźnionego i wadliwego rozwoju umysłowego u dzieci są wybujałości polipowate tak zwanego trzeciego migdałka (*tonsilla tertia*), które zatykając jamę nosopołykową, uniemożliwiają oddychanie przez nos, upośledzają słuch i czynią głos nosowym, niedźwięcznym. Dzieci takie, aby módz oddechać, mają zawsze usta rozwarte, skutkiem czego twarz ich nabiera głupowatego wyrazu. Upośledzenie słuchu, które bywa już to mniej, już to więcej znaczne, wpływa najwięcej szkodliwie i tamuje rozwój umysłowy dziecka. Do objawów rzadszych przy zmianach tych w jamie noso-połykowej należą: uczucie ucisku w czole, bóle głowy i uszów, krwawienie z nosa, zawroty głowy, przygnębienie, skłonność do drgawek i jąkanie się. Również spotyka się często u tych dzieci objaw trudnego kojarzenia i skupiania myśli, objaw nazwany przez prof. Gaya z Amsterdamu mianem *aprosexia nasalis*.

Wyskrobanie tych wybujałości sprawia zazwyczaj szybką i zadziwiającą przemianę w stanie umysłowym dziecka, niemi dotkniętego, które z przygnębionego, umysłowo tępego staje się żywem i pojętnem. (*Contralbl. f. Nervhlk. u. Psych. März. 1893*). *Dr. Wachholz.*

Choroby uszne.

Müller. (w Wiedniu): **O zawrocie głowy błędnikowym.**

Autor zwraca uwagę na łatwość wystąpienia zawrotu głowy u wielu osób nawet z zdrowym narządem słuchowym i omawiając szczególnie zawrót głowy samodzielnie w pewnych cierpieniach usznych występujący rozróżnia trzy jego postacie a to:

1) Zawrót, mniejszy lub większy, stale się utrzymujący i sprowadzający stan do bezwładu podobny.

2) Zawrót występujący napadowo.

3) Kombinacya obu tych postaci.

W jednym przypadku u 37-letniej kobiety cierpiącej na mocne napady zawrotu głowy po 10 do 20 razy na dzień badanie wykazało jako przyczynę żółciolojak (*cholesteatoma*) ucha środkowego, po usunięciu którego napady ustały zupełnie. W tym przypadku błędnik był nienaruszony, za czem przemawiały zgodnie wszystkie próby słuchu i próby za pomocą strojnika. Percepcya dla drgań strojników ze strony kości była nawet przedłużona w porównaniu do przeciwnej, całkiem zdrowej strony. Chodziło tu tylko o powiększenie się pobudliwości błędnika powstałe z ciężkiego zajęcia okolicy okienka okrągłego.

W dwóch innych przypadkach wystąpiły podobne do udaru napady z mocnym zawrotem głowy, które również polegały na zajęciu ucha środkowego w obec nienaruszonego błędnika. W obu przypadkach napady ustały po wyleczeniu choroby jamy bębenkowej.

W ogóle zawrót głowy może pojawiać się w następujących chorobach ucha środkowego: I. Zapalenie ucha środkowego ropne przewlekłe z jego następstwami jak: *a*) stałe przedziurawienie, *b*) powstawanie uklejów, *c*) żółciołojak.

II. Stwardnienie (*sclerosis*). W największej części przypadków błędnik jest zupełnie nienaruszony a utrzymuje się tylko stan podniecenia, który może być przyczyną dobrowolnego lub sztucznego powstawania zboczeń koordynacyjnych. Rozumie się samo przez się że te same stany można także spostrzegać w cierpieniach błędnika. (*Internat. klin. Rundschau 1892. Nr. 51*) *Dr. Spira.*

Medycyna sądowa.

A. Nobiling: **Przyczynek do techniki sekcyjnej.**

N. podaje kilka uwag, tyczących się ułatwienia techniki sekcyjnej w otwieraniu niektórych jam ciała, celem dokładnego ich obejrzenia. I tak dla ścisłego obejrzenia jamy ust i nosa, zwłaszcza w niektórych przypadkach

uduszenia (n. p. przez przytkanie ciałem obcem krtani i połyku) zaleca autor poprowadzić zwykłe cięcie podłużne nie od podbródka, lecz od wargi dolnej przecinając ją, jak również i skórę brody, aż do kości. Następnie przepoławia nożem, nożycami lub piłką stósownie do tego czy u dzieci, czy u dorosłych, żuchwę, nożyczkami uwalnia język i spód mięsny jamy ust od obu połów żuchwy; teraz oddzielone obie połowy żuchwy rozwiera na prawo i lewo i w ten sposób zyskuje najlepszy przystęp do jamy ustnej. Mając w ten sposób ułatwiony przystęp do jamy ustnej, prowadzi dwa podłużne, do siebie równoległe cięcia z obu stron przegrody nosowej przez twarde podniebienie nożem, nożycami lub piłką nożykowatą (Langenbecka) i łączy je jednem poprzecznem cięciem przez podniebienie twarde, poczem uchyla płat ten z podniebienia twardego złożony, w tyle podniebieniem miękkiem jeszcze przywierdzony, ku tyłowi; w ten sposób zyskuje przystęp do jamy nosowej.

W celu łatwiejszego dobycia narządów rodnych, mieszczących się w jamie miednicy małej, jako też sromu zewnętrznego, okrawa części miękkie aż do kości około łuków łonowych w formie liścia mirtowego, poczem rozcina spojenie łonowe i obie połowy kości bezimiennych rozsuwa na prawo i lewo tak, iż teraz z łatwością można dobyć trzewa miednicy małej.

W celu dokładnego obejrzenia położenia trzew w jamie brzusznej a uniknięcia zbytniego napinania podłużnie przeciętych powłok brzucha, dodaje do podłużnego cięcia przepoławiającego je małe cięcia poprzeczne, które wykonywa po cięciu pierwszem podłużnem. Cięcia te oddzielają przyczepy mięśni prostych i piramidalnych brzucha od kości łonowych, skutkiem czego ustaje napięcie powłok.

Jakkolwiek sposobów autora nie można uważać za zupełnie nowe i oryginalne, to przecież należy się uznanie autorowi za ich rozpowszechnienie i ogłoszenie. (*Friedr. Bl. f. ger. Med.* 1893. Z. 1.). *Dr. Wachholz.*

Notatki terapeutyczne.

Do leczenia otarć czyli przeczosów u dzieci zaleca Crondall maść:

58) Rp. *Acidi salicylici* 0·50
Magisterii bismuthi 8·00
Amyli puri 6·00
Ungti rosati 30·00
M. f. ungtum.

Na niestrawność u dzieci:

59) Rp *Pulv. radd. rhei* 10·00
Corticis quassiae amarae
Corticis aurantiorum
āā 5·00
Digere cum
Vini de Malaga q. s.
Fiat colatura 300·00
MDS. Zażywać po małym kieliszku raz do dwóch razy dziennie.

Na nagniotki zaleca się płyn:

60) Rp. *Acidi salicylici* 2·00
Exti cannabis indicae 0·60
Collodii elastici 30·00
MDS. Nacierać szczoteczką 2 do 3 razy dziennie.

(*Les nouveaux remèdes. 8. Mai. 1893*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

VII. posiedzenie z dnia 21. kwietnia 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 37.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia przyjęto.

2) Odczytano pismo z biura prezydenta miasta Lwowa, zawiadamiające o zaprowadzeniu nowych precyzyjnych ciężarków dla ułamków grama.

3) Kol. Szulisławski przedstawia przypadek kilaka rogówki. (Rzecz będzie obszernie podana w *Przegl. lekars.*).

W dyskusyi przemawiają koll.: Kieki, Wernicki i Szulisławski.

4) Kol. Barącz: Przedstawiam Panom typowy przypadek twardziela nosa (*Rhinoscleroma).* Twardziel nosa należy do chorób rzadszych; w mojej praktyce jestto czwarty przypadek. Z tych 3 chorych było z prowincyi, jeden tylko ze Lwowa. Jak Panom wiadomo, przyczyną choroby jest laseecznik wykryty przez Frischa, podobny do pneumokoków. Jednak i bez wykazania charakterystycznych laseczników można zrobić tu rozpoznanie. Charakterystyką choroby jest zwolna powstający obrzęk nosa, stopniowo, ale bardzo powolnie zwiększający się, prowadzący do zatkania nozdrzy i stwardnienia prawie deskowatego całego nosa (ztąd twardziel nosa). Celem sprawdzenia rozpoznania badaniem drobnowidowem i utorowania sobie drogi do dalszych części nozdrzy wyciąłem guzy, wypełniające prawie zupełnie nozdrza. Ciekawą okolicznością etyologiczną w tym przypadku jest, że choroba miała powstać po urazie zadanym kopytem końskim. Choroba trwa od 2 lat.

Co do leczenia, to próbowano tu częściowego wycinania guzów i wstrzykiwania kwasu salicylowego (Lang) tudzież sublimatu. Wszystkie dotychczas przeciw temu cierpieniu używane środki zawodzą; leczenie może być tylko symptomatyczne. W przypadku tym mam zamiar użyć elektrolizy i po pewnym czasie stósowania jej przedstawię tu znowu chorego. Przypadek ten będzie szczegółowo opisany w *Przegl. lek. (własny referat).*

Kol. Mahl nie uważa przypadku przedstawionego za typowy, gdyż twardość nosa nie jest dość znaczną; mogłoby się tu rozchodzić o zapalenie ochrząstny (*perichondritis chronica*), które daje podobne obrazy; za tem przemawia poprzedzanie urazu (kopnięcie kopytem końskiem). Dlatego nie można rozpoznać choroby na pewne, dopóki nie zbada się drobnowidowo i bakteryologicznie.

Kol. Schramm również nie uważa przypadku za wybitnie typowy, gdyż skrzydła nosowe są za miękkie. Kol. Barącz zechce przeto na najbliższem posiedzeniu przedstawić wyniki badania drobnowidowego.

W odpowiedzi kol. Barącz: Nie zgadzam się, jakoby w tym przypadku nie można było choroby rozpoznać już z góry bez badania drobnowidowego. Cierpienie jest tak charakterystyczne, że pomieszać go z innem nie można. *Perichondritis* po urazie prowadziłaby do ropienia i obnażenia chrząstek, czego tu niema. Co do zbitości nosa, to naturalnie musiał nos zmięknąć po wycięciu zupełnem guzów wypełniających nozdrza i przechodzących na przegrodę nosową. Preparaty drobnowidowe z wyciętych kawałków przedstawię na jednem z następnych posiedzeń (*własny referat*).

5) Kol. Jan Rosner przedstawił ciężarną z oddziału prof. Czyżewicza *cum utero duplici, bifori et vagina subsepta.*

Wada utworowa w mowie będąca dotyczy pierwiastki liczącej lat 21, stanu wolnego, u której pierwsza regularność pojawiła się w 17. roku życia i zawsze była prawidłową. Po raz ostatni miesiączkowała w połowie listopada r. z. przez dni 4, podczas gdy dawniej peryod trwał zazwyczaj dni 6; nadto peryod ostatni był znacznie skąpszy, a odpływ bledszy. Badanie przez powłoki brzuszne wykazuje macicę powiększoną, sięgającą dnem do wysokości pępka; zresztą badanie to, jakoteż badanie przez odbytnicę dokonane, nie daje bliższych wskazówek, odnoszących się do wady utworowej w narządzie płciowym.

Badaniem wewnętrznem natomiast stwierdzić można, że górna część pochwy rozpulchnionej przedzielona jest przegrodą, na 2—3 mm. grubą a mniej więcej na dwa palce szerokę, na dwie połowy t. j. prawą i lewą. Przegroda wymieniona przebiega od sklepienia przodkowego ku tylnemu, jest gładka i łatwo na boki przesuwać się daje. W obu zaułkach wykazać można po jednej części pochwowej, z których każda zupełnie wykształcona, przedstawia odrębną dla siebie całość. Obie części pochwowe stożkowate; ujścia bez wrębów. Dalszy ciąg macicy wykazać można zestawieniem badania w sklepieniu przodkowem i w sklepieniach

bocznych, przyczem po stronie prawej zauważono opór większy; na razie nie było można stwierdzić po tej stronie osobnego ciała macicy. We wzierniku dowolnie ustawić można jedną lub drugą część pochwową, kierując wziernik na prawo lub na lewo, przyczem przegroda pochwowa przedstawia się pod względem budowy zupełnie podobną do ścian pochwy. Badanie zgłębnikiem wobec ciąży naturalnie odpadło.

W dalszym ciągu wykładu przypomina kol. R. powstawanie wad utworowych tego rodzaju zastojem rozwojowym przewodów Müllera i robi uwagi o zachowaniu się regularności, o przebiegu ciąży i porodu w przypadkach całkowitego lub częściowego zdwojenia narządu płciowego (*własny referat*).

Kol. Bylicki jest zdania, że w danym przypadku niewątpliwie mamy do czynienia z *uterus didelphys*, o czem świadczą dwie odrębne części pochwowe. W razie obecności *uterus septus*, ujście pochwowe, należące do komory ciążą nie zajętej, zachowywałoby się odmiennie.

6) Kol. Wiczkowski miał zapowiedziany odczyt p. t.: „Czy niedokrewność sama przez się wywołuje gorączkę?“. Prelegent na wstępie przytoczył przypadek ze swojej praktyki, w którym po odrze a następnie po durze brzusznym po kilkodniowym stanie bezgorączkowym wystąpiła gorączka, trwająca przez siedm tygodni prawie bez przerwy, podnosząc się bez poprzedzających dreszczów jużto w południowej porze, jużto wieczorem. Przyczyny gorączki nie można było wyśledzić w żadnym narządzie mimo najskrupulatniejszego badania, mimo ścisłego rozbioru kału i moczu. Chory okazywał tylko wybitną niedokrewność, którą stwierdzało badanie krwi. Ponieważ w ostatnim dziesiątku lat pojawiły się prace dowodzące, że niedokrewność sama przez się może wywołać gorączkę, można więc było pokusić się o wytłómaczenie gorączki w tym przypadku samą niedokrewnością, zwłaszcza że chory cieszył się najlepszym apetytem, przybierał na ciele, wogóle oprócz gorączki stan zdrowia był niezamącony. Tymczasem po upływie siedmiu tygodni najpierw wystąpiły objawy przebicia gruczołu około oskrzelowego do oskrzeli (w wydzielinie nie było prątków gruźliczych), w tydzień potem objawy zapalenia opon mózgowych, wreszcie objawy ogniskowe zlokalizowane w lewej półkuli mózgowej. Chory umarł wśród objawów porażenia opuszkowego. Przypadek powyższy podał prelegentowi pochop do roztrząśnienia sprawy gorączki z powodu niedokrewności. Po dłuższym wywodzie przyszedł prelegent do następujących wniosków: niedokrewność sama przez się może wywoływać gorączkę, praktycznie jednak będzie, jeżeli w każdym przypadku niedokrewności przebiegającej z gorączką zajmiemy stanowisko wyczekujące co do określenia natury gorączki; lepiej uważać niedokrewność dopóty za przypad a nie za chorobę samoistną, dopóki się nie zyska niezawodnych punktów oparcia dla rozpoznania czystej niedokrewności (*według własnego referatu*).

(Dokończenie nastąpi.)

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie I. dnia 18. lutego 1893.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 13.

1) Na podstawie uchwały Towarzystwa lekarskiego krakowskiego z dnia 18. stycznia 1893 r., mocą której mianowani zostali stałymi członkami komisyi na lat 3, t. j. do 1. stycznia 1896 r.: Drowie Korczyński, Kopff, Łazarski, Poniklo, Obaliński, Rydygier, Ściborowski, Skórczewski, Śliwiński i Surzycki, komisya ukonstytuowała się, wybierając nadal jednogłośnie prof. Dra Korczyńskiego przewodniczącym. Gdy tenże oświadczył, że wyboru tego przyjąć nie może dla wielu innych zajęć, któremi jest obarczony, obecni członkowie orzekli, że wobec tego żądają rozwiązania komisyi, która tylko pod sterem obecnego przewodniczącego zadaniu swemu sprostać może. W tym składzie rzeczy prof. Dr. Korczyński przyjmuje wybór na przewodniczącego na dalsze trzechlecie, jednakże z tem zastrzeżeniem, by zastępcami przewodniczącego wybrani zostali prof. Dr. Łazarski i prof. Steingraber, by na dalsze trzechlecie potwierdzono tych samych członków nadzwyczajnych (doc. Dr. Bandrowski, Dr. Buszek, doc. Dr. Grabowski, Dr. Murdzieński, prof. Dr. Olszewski, mag. farm. Sobierajski, prof. Steingraber i prof. Dr. Walentowicz), by drugim sekretarzem komisyi mianowany został Dr. Ludomił Korczyński, wreszcie by do komisyi przybrany został jako członek nadzwyczajny Dr. Maryan Piątkowski. Wnioski te komisya jednogłośnie zamieniła w uchwałę a wobec tego prof. Dr. Korczyński przyjął wybór na przewodniczącego komisyi. — Wnioski te Komisyi przyjęło Towarzystwo lekarskie krakowskie do wiadomości na posiedzeniu w dniu 22. lutego 1893.

2) W przedmiocie kontroli nad przetworami już poprzednio przez Towarzystwo lekarskie krakowskie na wniosek komisyi przemysłowo-lekarskiej poleconemi:

a) przyjęto z zadowoleniem do wiadomości sprawozdanie Dra Śliwińskiego, delegowanego do zbadania obecnego sposobu wyrobu chleba Grahama w piekarni p. G. Barucha w Podgórzu i uchwalono wyrób ten dalej popierać.

b) odczytano list Dra Smolarskiego z Przemyśla, który przez komisyą upoważniony do zbadania fabrykacyi win leczniczych aptekarza p. Kalickiego w Przemyślu, o sposobie przyrządzania tych leków wyraża się jak najpochlebniej, wobec czego również uchwalono wyrób ten otaczać dalszą opieką.

c) przyjęto do wiadomości pismo delegata komisyi Dra Wachtla ze Lwowa, który uproszony przez komisyę donosi, że mag. farm. p. St. Wolański fabrykacyę kefiru przeniósł ze Lwowa do Szczerca pode Lwowem i że wyrób ten obecnie odpowiada wszelkim warunkom dobrego środka dyetetycznego i leczniczego.

d) odczytano protokół delegata Dra Surzyckiego i mag. farm. Sobierajskiego, z którego wynika, że p. Kotowicz w Krakowie wyrabia kapsułki lecznicze w sposób odpowiedni.

e) uchwalono nie popierać na razie pigułek ocukrzonych wyrobu p. mag. farm. Bełdowskiego a to z powodu, że tenże przestał być dzierżawcą apteki a tem samem utracił na razie prawo wyrabiania przetworów leczniczych; w uznaniu jednak, że fabrykacya ta była dotąd wzorową, uchwalono zawezwać mag. farm. p. Bełdowskiego, ażeby rychło dopełnił tych warunków, jakie wkłada ustawa na tych, którzy trudnią się wyrobem przetworów leczniczych.

f) przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o dobrym stanie zdrowia krów i służby stajennej w mleczarniach w Gnojniku i Śledziejowicach.

g) wobec tego, że zarząd mleczarni w Grodkowicach mimo kilkakrotnych przypomnień od dnia 1. lipca 1892 nie nadesłał żadnego świadectwa ani lekarskiego ani weterynarskiego, do czego się zobowiązał, uchwalono na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wnieść, by Towarzystwo lekarskie cofnęło swe polecenie dane mleczarni Grodkowickiej. (Wniosek ten Towarzystwo lekarskie krakowskie zmieniło w uchwałę w dniu 22. lutego 1893).

h) uchwalono zwrócić uwagę jednego z producentów, by do wyrobów swoich nie dołączał żadnych takich opisów, któreby pouczały publiczność, przeciw jakim chorobom wyroby te mają być używane.

3) Na podanie p. Szymona Haya, mag. farm. w aptece p. Jakóba Piepesa we Lwowie, o ocenienie pudru dla dzieci antyseptycznego jego wyrobu, uchwalono odpowiedzieć, że komisya z zasady nie zajmuje się ocenianiem przetworów o nieznanym składzie chemicznym.

4) Na podstawie opinii prof. Rydla, badań chemicznych dokonanych przez prof. Steingrabera i ocenienia przez mag. farm. Sobierajskiego uchwalono przedstawić Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu wazelinę krajową wyrobu Brumickiego i Spółki do polecenia.

5) Po dłuższej dyskusyi wyznaczono podkomisyę (prof. Dr. Łazarski, prof. Steingraber i Dr. Śliwiński) do dalszych badań nad dobrocią i sposobem fabrykacyi krajowego mydła szarego.

6) Dr. Ściborowski przedstawił wynik rozbioru chemicznego wody ze zdroju Jana w Szczawnicy. Zdrój Jana dopiero przed dwoma laty ujęto w odpowiednią cembrzynę betonową, poczem wodę poddano szczególowemu rozbiorowi chemicznemu przez prof.

Schramma w Krakowie. Ilość składników stałych w 10.000 grm. wynosi 49·07603 grm. a ilość bezwodnika węglowego zupełnie wolnego 17·63540 grm. Z najważniejszych składników stałych wymienić należy dwuwęglan sodowy (25·860 grm.), chlorek sodowy (10·085 grm.), dwuwęglan wapniowy (8·090 grm.), dwuwęglan magnowy (2·901 grm.) i dwuwęglan żelazawy (0·258 grm.). Z tego wynika, że woda z tego nowego zdroju znaleść może z korzyścią zastósowanie tam, gdzie szczawy alkaliczne są wskazane. Obecność żelaza w ilości prawie takiej, jak w zdroju Szymona i Wandy, pozwala na używanie zwłaszcza tam, gdzie chorzy są niedokrwni lub cierpią na bledni cę i jej następstwa. Zresztą woda ta znaleść może rozległe zastósowanie jako smaczny napój dyetyczny, orzeźwiający i gaszący pragnienie i to sam lub z dodatkiem białego wina. Nowy zdrój jest bezsprzecznie najobfitszym ze wszystkich zdrojów szczawnickich, wydatność jego wynosi bowiem 50,000 litrów na dobę.

Sekretarz komisyi przem. lek. *Dr. Michał Śliwiński.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Wykaz zdrojowisk i stacyj klimatycznych, w których w roku bieżącym ordynować będą następujący lekarze Polacy: *Busko* (Król. Pol., pow. stopnicki) drowie Dymnicki, Grabowski, Majkowski, Sulimirski. *Ciechocinek* (Król. Pol.) drowie Certowiez, Lewenstein, Lubowski, Pajewski, Ruppert, Stockmann, Tannenbaum, Wolberg. *Cieplice Czeskie* dr. Skrzyński. *Cieplice Trenczyńskie* dr. Filipkiewicz. *Druskieniki* (Litwa) drowie Bujcikowski, Szepietowski. *Elster* (Saksonia) dr. Błociszewski. *Francensbad* drowie Dębicki, Frenkel, Kittel, Rozner. *Fürstenhof* dr. Czerwiński. *Gleichenberg* drowie Brühl, Bulikowski. *Grodzisko* (Król. Pol.) drowie Bojasiński, Rzeczniowski. *Inowrocław* drowie Krzymiński, Przybyszewski. *Iwonicz* drowie Dębicki, Kaden, Rościszewski. *Jaworze* dr. Kowalski. *Karlsbad* drowie Hassewicz, Kretowicz, Rosenberg, Stiche, Tugendhat. *Kissingen* dr. Chłapowski. *Krasnobród* (Król. Pol.) dr. Skłodowski. *Krynica* drowie Askenazy, Blatteis, Cercha, Ebers, Lorentski, Kmietowicz, Kopff, Michalik, Skórczewski, Roth. *Krzeszowice* dr. Dura. *Landek* drowie Ostrowicz, Pomorski. *Maryenbad* drowie Dobieszewski, Jaroszyński, Kaufmann, Prager, Harajewicz Władysław. *Maryówka* dr. Legieżyński. *Meran* dr. Brühl (w zimie). *Nałęczów* (Król. Pol.) drowie Chełchowski, Doliński, Nussbaum. *Niekłań* dr. Misiewicz. *Nicea* Dr. Tymowski. *Nowe Miasto* (Król. Pols.) drowie Niedzielski, Pawiński. *Rabka* drowie Gluchowski, Porębowicz. *Reichenhall* dr. Goldschmidt. *Rymanów* drowie Dukiet, Jodłowski, Krzyszkowski, Regiec. *Sławuta* (Wołyń) drowie Przesmycki, Dobrzycki. *Solec* (Król. Pol.) drowie Daniewski, Siarczyński. *Szczawnica* drowie Kołączkowski, Ściborowski, Doskowski, Gluziński, Hamerschlag, Kruszyński, Nieszkowski, Starachowicz. *Truskawiec* drowie Plech, Pelczar. *Wysowa* dr. Blatteis (syn). *Zakopane* drowie Buzdygan, Chramiec, Piasecki, Chwistek. *Żegiestów* dr. Korczyński Ludomir.

— Od Komitetu polskiego XI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Rzymie:

Komitet centralny zawiadamia nas, że wszystkie koleje włoskie udzieliły 50% opustu z cen zwyczajnych dla uczestników Kongresu (członków, jako też towarzyszących im osób) na przyjazd do Rzymu i napowrót, 20% zaś z cen poprzednio już zniżonych dla biletów okrężnych. Starania o podobne ulgi na kolejach są poczynione także i w naszej Monarchii. Opust na kolejach będzie udzielony tylko osobom, posiadającym karty legitymacyjne, które zarazem będą upoważniały do udziału w pracach, zebraniach, ucztach i t. p. Członków Zjazdu i będą służyły za bilety wstępu do muzeów narodowych, galeryj i robót w Pompei. Cała karta dla Członków 25 fr., 10 fr. zaś dla pań i dzieci.

Mając nadzieję, że w obec wymienionych ulg znaczna ilość kolegów zechce z nich korzystać, upraszamy o jak najrychlejsze składanie pieniędzy na karty legitymacyjne, których Komitet nam bezzwłocznie dostarczy.

Kraków, Zakład fizyologiczny.

Prof. N. Cybulski, przewodniczący. *Dr. Radecki*, sekretarz.

— Po odmowie prof. Erba przyjęcia katedry kliniki lekarskiej w Wiedniu utrzymują jedni, iż powołanym będzie na miejsce ś. p. Kahlera prof. Curschmann z Lipska, inni, że w kołach rozstrzygających nie ma ochoty wystawiania się na drugą odmowę ze strony zagranicy i że zaproszenie do objęcia przerzeczonej katedry otrzyma prof. Jaksch w Pradze.

— Wiedeń wydał w roku zeszłym na obronę przeciw cholerze 168,632 złr., z czego przypada na urządzenie baraków cholerycznych 71,552, na urządzenie transportu dla spodziewanych chorych i desinfekcyą 38,299, na płacę dla personalu lekarskiego i służby 47,418, na inne wydatki 11,462 złr.

— Dr. Haffkine rozpoczął w Indyach wschodnich na wielką skalę szczepienia przeciw cholerze. Dotychczas zaszczepił w miejscowości Agra więcej niż 400 osób bez żadnego przypadku, nie miał atoli ani razu sposobności przekonania się dowodnie o skuteczności swej metody.

— Na międzynarodowym kongresie lekarskim w Rzymie w b. r. odbyć się mającym będzie także utworzona osobna sekcya dla medycyny wojskowej, na której przyjdą pod obrady następujące temata:

1) O zapobieganiu gruźlicy we wojsku.

2) O ranach postrzałowych z nowej broni i ich leczeniu.

3) Dyskusya nad kwestyą zaprowadzenia we wszystkich armiach jednego wzoru do raportów o stanie chorych i zdań sprawy lekarskich w celu uzyskania materyału do umiejętnej statystyki chorobliwości, śmiertelności i zranień w czasie wojny i pokoju.

4) O najlepszych sposobach zapobiegania chorobom zakaźnym na okrętach wojennych.

5) O organizacyi służby lekarskiej podczas bitew morskich ze względu na dzisiejszą budowę okrętów wojennych i teraźniejszy sposób wojowania.

6) Dyskusya nad pytaniem, jakie zmiany zaprowadzić w uorganizowaniu transportu rannych i pierwszej pomocy w przyszłych wojnach ze względu na nową broń.

— Czwarty międzynarodowy kongres przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych odbędzie się w sierpniu r. b. w Hadze.

— Trzeci kongres w sprawie gruźlicy u ludzi i zwierząt odbędzie się w Paryżu pod przewodnictwem prof. Verneuila od 28. lipca do 2. sierpia r. b.

— Przy sposobności ostatniej epidemii duru osutkowego (*typhus exanthematicus*) w Paryżu pokazało się, że głównemi ogniskami zarazy były przytułki nocne, których jest tam 18. Skutkiem tego poleciła rada zdrowia departamentu Sekwany, by desinfekcyonowano codziennie wszelką odzież osób szukających przytułku w pomienionych zakładach w ten sposób, iż osobne wozy codziennie ją wieczorem zabierają do zakładów desinfekcyjnych a odwożą rano napowrót. Na noc otrzymują goście owych przytulisk bieliznę miejską. Tego trybu postępowania, który da się przeprowadzić tylko w miastach posiadających stałe i wielkie przyrządy desinfekcyjne, trzymano się w roku zeszłym w Krakowie podczas epidemii cholery ze skutkiem jak najlepszym, dając zarazem dowód, iż małe przyrządy desinfekcyjne nie nadają się dla miast dużych na przypadek epidemii a tem samem, że oszczędność na tem polu ze strony władz miejskich całkiem jest niewłaściwa.

— Zmarły w dniu 14. z. m. profesor chirurgii w Atenach Dr. Areteos przeznaczył największą część swego majątku obliczanego na milion drachm na urządzenie i utrzymywanie kliniki o 40 do 50 łóżkach.

†

Dnia 16. maja b. r. zmarł tutaj w sile wieku, gdyż licząc zaledwie lat 29, Dr. wszech nauk lekarskich, **Czesław Podgórski**, lekarz ordynujący w szpitalu powszechnym w Żywcu. Ukończywszy gimnazyum w Jaśle uczęszczał na Wydział lekarski w Krakowie a po otrzymaniu dyplomu praktykował w różnych oddziałach szpitala św. Łazarza, gdzie też otrzymał posadę jako sekundaryusz, początkowo w oddziale wewnętrznym prof. Pareńskiego a następnie w chirurgicznym. Wszędzie zaznaczył swój pobyt jak najzaszczytniej, bo był wzrowowym podwładnym, najlepszym kolegą i czułym bratem dla chorych, dla których z zaparciem

się samego siebie i z prawdziwem poświęceniem pracował od świtu do nocy a nierzadko także i w nocy. Mimo tego poświęcał czas wolny dalszemu kształceniu się, czego dowodem kilka rozpraw drukowanych w niniejszym tygodniku. Ostatniej swej pracy „o doraźnej resekcyi jelita zgorzelinowego w uwięzłej przepuklinie“ na podstawie kilkudziesięciu przypadków z mego oddziału, której treść wyłożył z tak świetnem powodzeniem na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie, nie doczekał się ujrzeć w druku. Zgłosił on ją pierwszy, gdy wezwałem swoich byłych i obecnych współpracowników do wydania wraz ze mną zbiorowego dziełka na pamiątkę otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego; o bo on był pierwszym, gdzie szło o rzeczy wzniosłe lub ogólnemu dobru służące!

To też z prawdziwem zadowoleniem przyjęli koledzy i znajomi nominacyę Jego na lekarza ordynującego w szpitalu Żywieckim. Ogólnie i fachowo wykształcony człowiek, dzielny operator, nieskazitelny kolega, dobry i troskliwy lekarz ujął sobie w nowem siedlisku prawie szturmem całą publiczność.

Nie zdarzyło mi się widzieć, żeby młody człowiek i w tak krótkim czasie potrafił zaskarbić sobie tyle sympatyi i niekłamanej wdzięczności, jak ś. p. Czesław Podgórski!

Bierzcie sobie przykład młodzi adepci sztuki lekarskiej z życia tego sprawiedliwego człowieka i pocieszajcie się, że są jeszcze ludzie, dla których istnieją ideały. Niech to zarazem będzie osłodą dla pozostałej Matki i Siostry, że syn i brat Ich zbudował sobie w sercach ludzkich pomnik trwalszy od spiżowego!

Śpij spokojnie druhu miły! *Alfred Obaliński.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 27. Maja 1893. Nr. 21.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. W sprawie podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych jak również i resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Podał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

W r. 1888 ogłosiłem 4 przypadki [1]), w których przez operacyę A l e x a n d r a: podwiązanie tętnic kręgowych próbowałem leczyć padaczkę samoistną. Wyniki na razie były dobre, gdyż w trzech przypadkach mogłem przekonać się o polepszeniu, t. j. napady padaczkowe występywały rzadziej i były lżejsze. Później operowałem w nieco odmienny sposób dwa przypadki, wstrzymałem się jednak z ich ogłoszeniem, ażeby po upływie znaczniejszego czasu od razu podać wyniki ostateczne operacyj, przedsięwziętych w sześciu przypadkach, celem leczenia padaczki samoistnej.

Ponieważ w ostatnim czasie pojawiły się dwie prace; Rudolfa J a k s c h a [2]) i B o g d a n i k a [3]), traktujące o neurotomii i resekcyi nerwu współczulnego, celem leczenia padaczki samoistnej, ja zaś wykonałem w jednym przypadku padaczki samoistnej resekcyę nerwu współczulnego jeszcze w styczniu 1889 r. [4]), a więc przed wymienionymi autorami i to z odmiennym od nich wynikiem, poczuwam się do obowiązku oglosić niniejszem swój odnoszący się do tego przypadek a zarazem podać wyniki ostateczne podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych w swoich sześciu przypadkach, tem bardziej, że od czasu ich operacyi upłynęło 4 do 5 lat.

W ostatnich dwóch przypadkach padaczki samoistnej, które tu ogłaszam, wykonałem zamiast podwiązania, obustronną resekcyę tętnic kręgowych a w jednym z nich dołączyłem resekcyę nerwu współczulnego po stronie prawej. Uczyniłem to wychodząc z następującego zapatrywania się: już w pracy swojej z r. 1888 [1]) tłómaczyłem sobie korzystny wpływ podwiązania tętnic kręgowych na padaczkę głównie z nieodłącznego obrażenia podczas operacyi gałązek nerwu współczulnego i splotu kręgowego tegoż nerwu (*ptosis miosis*).

Wiadomo, że tak szyjny pień nerwu współczulnego, jak i splot otaczający tętnicę kręgową, przewodzą wszelkie bodźce mechaniczne obwodowe do ośrodków kurczowych. Spodziewając się, że, im więcej nerw współczulny obrazimy tem więcej odetniemy dróg przewodnich do ośrodków kurczowych, w następnych dwóch przypadkach wykonałem obustronną resekcyę tętnic kręgowych na długości 1 do 2 ctm. a nadto w jednym dołączyłem wycięcie nerwu współczulnego prawego na długości 7 ctm. wraz ze zwojami szyjnymi: dolnym i środkowym. Na wycięcie obustronne części szyjnej nerwu współczulnego nie mogłem się odważyć, gdyż nie znałem obserwacyi podobnego przypadku u człowieka. Do jednostronnego wycięcia nerwu współczulnego zachęcił mnie natomiast przypadek opisany przez I s r a e l a [2]). I s r a e l wyciął bez szkodliwych następstw kawałek nerwu współ-

[1]) Cztery przypadki podwiązania tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki. *Przegląd lekarski* 1888, Nr. 42 i 43 i *Wiener medicinische Wochenschrift* 1889, Nr. 7, 8 i 9.

[2]) Rudolf J a k s c h. Die Neurotomie des Symphaticus in ihrem Einflusse auf Epilepsie. Wiener medicinische Wochenschrift 1892, Nr. 16 i 17.

[3]) Józef B o g d a n i k. O resekcyi nerwu współczulnego, celem leczenia padaczki samoistnej. *Przegląd lekarski* 1893, Nr. 7, str. 77.

[4]) Porównaj Sprawozdania z posiedzeń naukowych sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich z d. 9. lutego 1889 i z d. 28. lutego 1889. *Przegląd lekarski* 1889, Nr. 17, str. 214 i Nr. 18, str. 226 i 227.

[1]) l. c.

[2]) James I s r a e l. Exstirpation eines Cavernoms am Halse mit Resection des Nervus sympathicus. Berliner klinische Wochenschrift 1888, Nr. 7, str. 120 i Ernst R e m a k. Traumatische Sympathicus-, Hypoglossus-, und Accessorius-Paralyse. Tamże, str. 121.

czulnego na 6 do 7 ctm. długi, operując *cavernoma* na szyi, w którym nowotwór sięgał prawie do błony śluzowej połyku.

Jako bezpośrednie następstwa wycięcia nerwu współczulnego, widział Israel: zwężenie odpowiedniej źrenicy, porażenie powieki górnej; w 2-gim dniu po operacyi spostrzegł zaczerwienienie ucha zewnętrznego w połączeniu z uczuciem pieczenia, obrzęk języka i mocny ślinotok. Objawy powyższe zmniejszyły się w przeciągu 3 tygodni, chory wyzdrowiał a rana zgoiła się przez rychłozrost.

Zanim podam historye chorób dwóch ostatnich przypadków, już z góry zaznaczam, że wyniki ostateczne we wszystkich przypadkach były złe. W czterech przypadkach opisanych w r. 1888 [1]), powróciły napady już w najbliższych miesiącach po ogłoszeniu; polepszenie (zmniejszenie liczby i czasu trwania napadów) zauważyłem w trzech na przeciąg 6 do 8 miesięcy, w jednym wcale polepszenia nie widziano.

W ostatnich przypadkach, których historyę chorób poniżej podaję, nie można było wcale polepszenia zauważyć a w jednym z nich choroba nawet pogorszyła się.

Podwiązanie a względnie resekcyę tętnic kręgowych w celu leczenia padaczki samoistnej należałoby zatem zarzucić na podstawie moich spostrzeżeń. Do tego samego przekonania przyszedł, jak wiadomo Bernays [2]) z St. Louis, również Sydney Jones [3]), Kümmel [4]) a wreszcie i sam autor operacyi Alexander [5]).

Mimo złych wyników uznaję za stósowne podać tu historye chorób ostatnich dwóch przypadków, głównie dla zrobionych w nich spostrzeżeń fizyologicznych.

Przypadki te były następujące:

I. Resekcya obu tętnic kręgowych, wykonana na dwa zawody; przemijające zboczenia w krążeniu krwi w mózgu.

S. M., introligator z T., lat 28. W dzieciństwie drgawek nie miał. Przebył w wieku dziecięcym płonicę i zapalenie nerek, później ospę. W 12. roku życia onania. Kiły nie przebywał. Pierwszy napad padaczkowy miał mieć w 19. r. życia. Napady z początku były bardzo częste po 6 do 7 dziennie z kilkudniowemi przerwami. Od dwóch lat mają być napady rzadsze. Ostatniemi czasami występują co 6, 10, 12 do 14 dni. Napady bywają typowe: kloniczne kurcze wszystkich odnóg; język bywa po napadach pokąsany; po napadach śpiączka przez kilka godzin. Dawniej dostawał napadów wśród przeraźliwego krzyku, obecnie bez krzyku. O zwiastuny napadów wywiedzieć się trudno. Od czasu pierwszych napadów ma mieć słabszą pamięć i inteligencyą. Bywa często gniewliwy. Badanie: Czaszka miarowo zbudowana, brak blizn na głowie i zaklęknienia czaszki. Szyja chorego krótka, gruba, mięśnie szyi dobrze wykształcone, wyraźny wól obustronny. Budowa dobra; chory niski, krępy, o mięśniach rozwiniętych. Mowa chorego logiczna, jednak bardzo powolna. Inteligencya bardzo słaba. Ze strony narządów: krążenia, oddechowego i trawienia niema nieprawidłowości.

Dnia 20. grudnia 1888 przystąpiłem do resekcyi tętnic kręgowych przy łaskawej asystencyi Drów Jandy, Festenburga, Piseka i Sochańskiego. Operacyę wykonałem w sposób podobny, jak w pierwszych swoich przypadkach. Chorego uśpiono mięszaniną Billrotha; do zupełnego uśpienia potrzebowano $^1/_2$ godziny czasu. Operacyę wykonałem najpierw po lewej stronie szyi. Cięcie długie na mniej więcej 10 ctm. poprowadziłem wzdłuż dolnej części tylnego brzegu mięśnia obojczyko-sutkowego [1]). Po przecięciu dobrze rozwiniętego mięśnia podskórnego szyi (*platysma myoides*), ujęto tępym hakiem wstawiający się w ranę gruczoł tarczykowy i odciągnięto go ku wewnątrz. Mięsień: łopatko-gnykowy (*omohyoideus*) dobrze rozwinięty ujęto w hak i odciągnięto na wewnątrz, bardzo grubą żyłę szyjną zewnętrzną ujęto z zewnętrznym brzegiem rany. Nerw przeponowy na bardzo rozwiniętym mięśniu pochyłym przednim (*scalenus ant.*), uwydatniający się w ranie, odciągnięto wraz z tym mięśniem na zewnątrz. *Tuberculum caroticum* było bardzo nieznacznie rozwinięte i dało się z trudnością w głębi wymacać. Broczenie miąższowe było bardzo nieznaczne. Małą żyłkę pionowo przebiegającą na wewnętrznym brzegu mięśnia pochyłego przedniego podwiązano podwójnie i przecięto. Po przedarciu na tępo powięzi pokrywającej mięśnie pochyły przodkowy i długi szyi natrafiono z powodu głębi około 8 cm. na znaczne trudności w odszukaniu tętnicy. Po długich mozołach spostrzeżono najpierw żyłę a po dalszem ostrożnem oddzielaniu na tępo tkanek pomiędzy kleszczykami anatomicznemi grubą tętnicę kręgową (o wymiarze średnicy około 5 mm.). Oddzielono ją na tępo od żyły na długość około dwóch ctm. i podwiązawszy podwójnie w odległości również dwóch cm. podwiązek od siebie resekowano. Kawałek wycięty wynosił przeszło 1 cm. Podczas operacyi usłyszałem mocny szmer trzeszczący, odpowiadający każdemu wdechowi, pochodzący z obnażenia opłucny (szmer płucny). Ranę przestrzykano rozczynem sublimatu 1 : 1000, na dno jej założono sączek; szew materacowy i kuśnierski. Opatrzenie jodoformowe.

Ponieważ operacya trwała przeszło $1^1/_2$ godziny, odłożono podwiązanie tętnicy po drugiej stronie szyi na później.

Po operacyi wyraźne zwężenie źrenicy (*miosis*) i opadnienie powieki górnej (*ptosis*) po stronie lewej. Chory po operacyi był długo nieprzytomny i majaczył. Tętno po operacyi wynosiło 110. W ciągu dnia był niespokojny i użalał się na mocny ból pod kolanami, osobliwie pod kolanem lewem i w karku.

O godzinie 8. wieczorem tętno 104, ciepłota 38·7. Chory przytomny, jednak bardzo gniewliwy i niecierpliwy; zrywa się często z łóżka z powodu bólu w karku i pod kolanami. Wstrzyknięto podskórnie 0·02 morfiny.

21. grudnia rano tętno 84, ciepł. 38.2; do godziny 2. w nocy uskarżał się na ból w wielkich palcach u nóg, w kolanach i w ranie; dopiero po podaniu kropli morfinowych usnął o godzinie 2. w nocy. Użala się na ból rozpromieniający się w ranie, jest niespokojny; polecono podawanie kropli morfinowych.

21. grudnia wieczór tętno 104, ciepł. 38·7, oddechów 20; źrenica lewa zwężona, jednak nieco mniej niż dnia po-

---

[1]) l. c.

[2]) Por. Bericht über die Verhandlungen der deutschen Gesellschaft f. Chir. XVII. Congress, str. 39 i 40, Beilage zum Centralblatte f. Chir., 1888, Nr. 24.

[3]) Doniesienie listowne.

[4]) Dr. Hermann Kümmel. Zur operativen Behandlung der Epilepsie. Deutsche med. Wochenschrift 1892, Nr. 23.

[5]) Christopher Heath. Dictionary of practical Surgery III. Edition 1889, Vol. II, str. 785 i 786.

[1]) Porównaj technikę operacyjną w mojej pierwszej odnoszącej się do tego pracy l. c.

przedniego; opadnienie powieki górnej mniej widoczne; spojówki oczne nastrzykane; chory jest swobodny. Mowa od czasu operacyi jest znacznie szybsza, chory wyraża się dokładniej; w ogóle pod względem intelektualnym znajdujemy na razie polepszenie.

Dalszy przebieg bezgorączkowy; rana zgoiła się *per primam* po dwóch opatrzeniach.

Dnia 30. grudnia o godzinie 10. wieczór napad padaczkowy trwający 6 minut, w nocy drugi napad.

31. grudnia senność.

Dnia 3. stycznia 1889 przystąpiłem do resekcyi prawej tętnicy kręgowej przy łaskawej pomocy Drów Festenburga, Gostyńskiego, Gluzińskiego i Piseka, Cięcie na 10. cm. długie. Zewnętrzna żyła szyjna przebiegała po tej stronie nieprawidłowo dwoma pniami zlewającemi się w jeden; w miejscu połączenia obu żył znaczne zgrubienie prawdopodobnie zastawka. Cięcie poprowadzono pomiędzy oboma pniami żylnemi a dla uniknięcia zranienia żył, przez mięsień mostko-obojczyko-sutkowy pomiędzy oboma jego głowami. I po tej stronie natrafiono na znaczne trudności w odszukaniu *tuberculum caroticum* z powodu mocnego rozwoju mięśni i znacznej głębi. W drodze do tętnicy zraniono i podwójnie podwiązano kilka nieznacznych tętniczek mięśniowych i tętnicę poprzeczną szyi. Tętnicę z przyczyny znacznej głębi odszukano dopiero po 2-godzinnem szukaniu i tu oddzielono ją na tępo od żyły i resekowano pomiędzy podwiązkami podobnie, jak po stronie lewej. Spostrzeżono natychmiastowe zwężenie się źrenicy prawej. Opatrzenie rany jak po stronie lewej. I tu słyszano również szmer trzeszczący w dołku nadobojczykowym podczas każdego wdechu pod koniec operacyi.

Wieczorem tegoż dnia tętno 100, ciepł. 38·4; źrenice obie zwężone w jednakowym stopniu, opadnienie powieki górnej wybitniejsze po stronie prawej, nieznaczne porażenie nerwu twarzowego prawego. Ciągłe wymioty; polecono łykanie kawałeczków lodu.

4. stycznia rano tętno 89, ciepł. 37·7; uskarża się na ból w gardle, spal spokojnie. Zresztą stan ten sam.

4. stycznia wieczorem tętno 88, ciepł. 38·0.

5. stycznia stan bezgorączkowy; nastrzykanie znaczne spojówki oka prawego. Osłabienie znaczne kończyny górnej prawej do tego stopnia, że chory jej podnieść nie może do góry. Przy ściskaniu dłoni można zauważyć także mniejszą siłę pięści prawej.

6. stycznia wieczorem tętno 84, ciepł. 38; osłabienie kończyny górnej prawej mniejsze, chory podnosi przedramię.

7. stycznia rano (4. dnia po operacyi) zmiana opatrzenia, rana zabliźniona *per primam* z wyjątkiem miejsca dla drenu. Dren i szwy głębokie usunięto.

8. stycznia osłabienie kończyny górnej prawej utrzymuje się; spostrzeżono także niedowład kończyny dolnej prawej. Stan bezgorączkowy, apetyt; źrenica prawa wydaje się nieco węższą od lewej, różnica jednak nieznaczna; opadnienia powieki górnej nie widać. Mowa chorego ma znamiona znużenia i jest powolniejsza, niż po pierwszej operacyi.

13. stycznia zmiana opatrzenia, rana zabliźniona. Sztywność ruchów obu kończyn prawych. Odruchy kończyn dolnych i górnych i czucie prawidłowe. Siła ręki prawej upośledzona bardzo nieznacznie.

Chory odjechał do Tarnowa, zkąd mi doniesiono, że 18. stycznia a więc w 19 dni po operacyi miał napad podobny do poprzednich. Niedowład utrzymywał się przez dwa miesiące, poczem trwale ustąpił; napady mają powtarzać się, jak przed operacyą.

Dnia 30. czerwca 1891 przyjęto go do oddziału umysłowo-chorych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie na mocy opinii lekarskiej wydanej w Boguminie, która brzmi dosłownie: „S. M., 29 Jahre alt, leidet seit 10 Jahren an Epilepsie und epileptischer Geistesstörung mit intercurrenten Aufregungszuständen. Derselbe hatte heute einen Tobsuchtanfall, in welchem er seine Angehörigen am Leben bedrohte...“.

Badanie w szpitalu [1]) wykazuje:

a) pod względem fizycznym: odżywienie dobre, na ciele wiele sińców. Język drży, obłożony znacznie, zbacza nieco w lewo. Nerw twarzowy lewy niedowładny. Palce rąk drżą, chód chwiejny, na jednej nodze ustać nie może. Źrenice nieco rozszerzone, oddziaływają leniwo. . . . Ciężar ciała 60 kilogramów.

b) Pod względem psychicznym: myślenie gnuśne i powolne; powtarza często jedno i to samo (ubytek pamięci). Mowa powolna; treść jej nie zdradza urojeń ani halucynacyi.

Obserwacya szpitalna: Dnia 1., 2., 21. lipca 1891 r. napady padaczkowe. Dnia 12. sierpnia 1891 r. spokojny; napadów od dnia 21. lipca nie miał. Sypia cicho. Dnia 24. sierpnia, jako spokojnego oddano rodzinie niewyleczonego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału położniczego prymaryusza prof. Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek cięcia łonowego.

Podał

Dr. Władysław Harajewicz,
b. sekundaryusz tegoż oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 20).

15. sierpnia r. 37·2, w. 39·5. Zmiana opatrzenia nie wykazuje nic nieprawidłowego w ranie ani w jej okolicy. Na kości krzyżowej utworzyła się odleżyna zupełnie powierzchowna, wielkości centa, na którą przyłożono maść z tlenku cynku.

16. sierpnia r. 37·3, w. 38·5. Stan ogólny dobry.

17. sierpnia r. 37·2, w. 37·5. Odchody ropne, jeszcze obfite. Zmiana opatrzenia. Szwy jedwabne usunięto a pozostawiono jeszcze tylko srebrny. Blizna po ranie liniowa. Spojenie w całości grubsze, co można stwierdzić i badaniem wewnętrznem. Ugniatanie nań zaledwie bolesne. Chora czuje się zupełnie dobrze, leży chętnie na bok a czynne poruszanie kończynami dolnemi nie sprawia jej najmniejszego bólu. Odchody znacznie skąpsze, nieco zaróżowione. Apetyt dobry.

Od tego dnia ciepłota nie przekroczyła 37·5 a zdrowienie postępowało bardzo dobrze.

23. sierpnia usunięto ostatni szew t. j. srebrny, przyczem pokazały się 2 małe odleżyny od płytek, pokrytych gazą jodoformową, które jednak w 3 dniach zupełnie się zgoiły. Chora zaczyna siadać.

1. września chora zaczyna schodzić z łóżka bez żadnych dolegliwości i stąpa dobrze i pewnie.

---

[1]) Daty niniejsze zawdzięczam docentowi Dr. Żuławskiemu, za co mu niniejszem serdecznie dziękuję.

Od 6. września chodzi zupełnie swobodnie. Szpital opuściła d. 8. października w stanie zupełnie dobrym.

Ostatnie badanie wykazało zewnętrznie: Brzuch wysklepiony prawidłowo, bez żadnych wykazać się dających oporów lub obrzęków. Z dawnej rany ledwie widoczna liniowa blizna. Spojenie nie obrzękłe, nieco grubsze. Wewnętrznie: Pochwa wprawdzie dosyć wiotka, ale bez zmian; część pochwowa ujściem ku przodowi zwrócona, w przedniej wardze ubytek, dzielący ją na dwie boczne połowy. Sklepienia wolne, macica ułożona prawidłowo, nie bolesna, ruchoma.

Powyżej przytoczony opis stanu rodzącej, do szpitala przyjętej, dostatecznie, zdaje mi się, wyjaśnia i uzasadnia przyczyny, które skłoniły mnie, do wykonania zabiegu po raz pierwszy u nas zastósowanego.

Że wynik jego w jednym względzie, nie wypadł całkowicie pomyślnie, tego przyczyny szukać należy w dwóch okolicznościach, które właśnie omówić zamierzam.

Po raz pierwszy operacyę tę wykonywając, starałem się wszelkiemi sposobami, aby jak najmniej narazić chorą na ewentualne następstwa zabiegu, w każdym razie nie obojętnego. Dla tego też, przecinając spojenie łonowe, miałem na myśli radę Leopolda [1]), który w przypadkach ścieśnień miednicy krzywiczej płaskiej, przecina tylko $^3/_4$ wysokości spojenia, otwierając, jak sam powiada, wrota o tyle tylko, ile tego konieczna wymaga potrzeba. Zdanie to, teoretycznie biorąc, może się zupełnie słusznem wydawać a chronienie rodzącej, o ile możności, od fatalnych następstw niezrośnięcia się obu końców kości łonowych, przemawia bardzo za humanitarnem i zachowawczem postępowaniem słynnego operatora. Praktyka jednak, przedstawia inaczej tą kwestyą. Naprzód więc, w całym szeregu ogłoszonych dotychczas przypadków cięcia łonowego, nie znajdujemy ani jednego, któryby się zakończył niepomyślnie, ze względu na dalsze zdrowie pacyentki, ba nawet znanych jest 3 przypadki Spinellego [2]), który na 24 podobnych operacyj, powtórzył 3 razy ten sam zabieg z wynikiem zupełnie pomyślnym, tak dla matki, jak i dla płodu.

Powtóre w przecięciu całego spojenia łonowego głębokość i wielkość cięcia zależą zupełnie od operatora. Ostrożnie bowiem postępując i prowadząc cięcie, trudno nadwerężyć jakikolwiek organ, którego uszkodzenie mogłoby zagrażać niebezpieczeństwem natychmiastowem lub następowem kalectwem. Chodzi tu bowiem głównie o ciała jamiste i pęcherz moczowy.

Przecinając zaś tylko część spojenia, gdy następnie poród kleszczami ukończyć należy, nie możemy mieć pewności, czy reszta spojenia, nie ulegnie sile rozpychającej, wywartej pociągnięciami przyrządu. Tem zaś łatwiejszem jest to powikłanie, że tkanina już nadcięta a zatem w swej ciągłości przerwana łatwiej rozedrzeć się może, a gdzie się rozdarcie skończy, tego operator ani wiedzieć, ani przewidzieć nie może. To częściowe przecięcie spojenia, było powodem, że usiłowanie wydobycia główki kleszczami spełzło na niczem, gdyż wymiar prosty miednicy, nie powiększył się dostatecznie. Że zaś pociągania były silne, więc też i wywołały uszkodzenia na główce płodu, które ostatecznie stały się przyczyną jego następowego obumarcia.

Ale też i w zastósowaniu kleszczy, upatruję drugi powód, niepomyślnego wyniku operacyi. Główka, jak to wyżej

[1]) l. c.

[2]) Annales de Gynécol. ze stycznia 1892 r.

wspomniałem, nie była ustalona; należało ją więc nad wchodem ująć w kleszcze i tak wzdłuż osi miednicy, sprowadzić do wchodu z próżni. Do przeprowadzenia zaś tego niezbędnemi są prawie kleszcze Tarniera lub Breussa, jeżeli chcemy uchronić główkę od nadwerężeń znaczniejszych. Niestety, instrumentaryum oddziałowe nie posiadało tych przyrządów; musiano przeto użyć kleszczy Madurowicza, które w innych przypadkach wyborne, w tym nie mogły spełnić zadania. Mimo to jednak sądzę, że, chociaż ostateczny wynik operacyi nie był tak piękny, jak w przeważnej liczbie podobnych przypadków, to w każdym razie rzecz niewątpliwa, że w przypadku, w którym ani myśleć nie było można o urodzeniu płodu donoszonego, żywego, z pomocą cięcia łonowego wydobyliśmy płód żywy a matka wyszła zdrową.

Obecnie zapatrywania się specyalistów, polegające częścią na własnem doświadczeniu, częścią na danych statystycznych, ogłaszanych co raz liczniej na korzyść tej operacyi, tak dalece przemawiają za tym zabiegiem, że jeden z najznakomitszych francuskich położników a konserwatysta w swym zawodzie, Pinard, wspomina w swej pracy [1]) o cięciu łonowem, że na 1800 porodów, w roku 1892 obserwowanych w klinice Baudelocqua, nie wykonano ani razu wymóżdżenia na żywym płodzie, pomimo bardzo wielu przypadków znacznych ścieśnień miednicy, z jakiemi miał do czynienia.

Dopóki też naukowe prace i spostrzeżenia szkoły neapolitańskiej w tym względzie nie utorowały drogi powszechnemu dzisiaj uznaniu dla cięcia łonowego, miało wymóżdżenie żywego płodu, swe ścisłe i bezwarunkowe wskazania, które jednak obecnie ustąpią zapewne wskazaniom dla wydobytej z zapomnienia operacyi a ścieśnią znacznie granice, cięcia cesarskiego bez stanowczych wskazań.

Nie podobna mi tu wyliczyć szczegółowo wszystkich okoliczności, w których należy wykonać cięcie łonowe, albowiem zabrałoby to zbyt wiele miejsca i czasu a da się w krótkości streścić.

Cięcie łonowe wskazanem jest we wszystkich tych przypadkach, w których dotąd uciekano się do wymóżdżenia płodu żywego, jakoteż i w tych, w których ze względu na niestósunek porodowy w położeniach podłużnych oczekiwano obumarcia płodu, aby dopiero nieżywy zmniejszyć i wydobyć z łona matki. Czy się to zatem odnosić będzie do ścieśnień miednicy drugiego stopnia, z płodem prawidłowo rozwiniętym, czy do ścieśnień w mniejszym stopniu z płodem rozwiniętym nadmiernie, to w tych granicach cięcie łonowe znajduje swoje warunki i wskazania. Po za niemi ustąpić musi miejsca innym zabiegom. W ogóle naturalnie, jak w wielu innych kwestyach, tak i w tej, należy uwzględnić koniecznie stósunki indywidualne, według których trzeba kierować się w wyborze sposobu prowadzenia porodu.

Aby jeszcze wyjaśnić dokładniej i poprzeć kwestyę cięcia łonowego, ogólnie już dzisiaj przyjętego, podaję tutaj rysunki szematyczne, według panów Farabeufa i Varniera [2]) a przedstawiające stosunki wymiarów miednicy więcej (fig. I) i mniej (fig. II) ścieśnionej, przed operacyą i po operacyi.

Z nich widzieć można, iż zwiększenie się rozmiarów miednicy po przecięciu spojenia jest bardzo znaczne i bardzo wyraźne. W miednicach nawet więcej ścieśnionych skutek przecięcia jest znacznie wybitniejszy, aniżeli w miednicach

[1]) Annales de Gynécol. z grudnia 1892 r.

[2]) Annales de Gynécologie ze stycznia 1892 r.

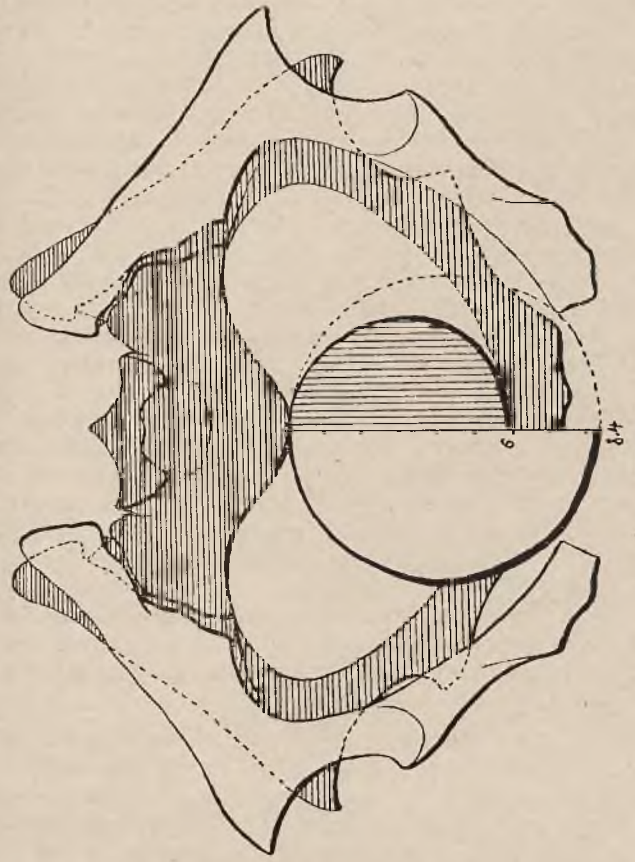


Fig. I.

Przecięcie poziome w płaszczyźnie wchodu miednicy znacznie ścieśnionej, której wymiar prosty wynosi 6 ctm.

Część kreskowana przedstawia stosunki przed przecięciem.

„ biała zaś po przecięciu spojenia, które rozstąpiło się na 6 ctm.

Wymiar prosty fig. białej po przecięciu ma się w stósunku do wymiaru prostego fig. kreskowanej przed przecięciem jak 84:60; objętość zaś fig. białej, stosunkowo do obj. fig. kreskowanej jak 310:113, zatem prawie potrójna.

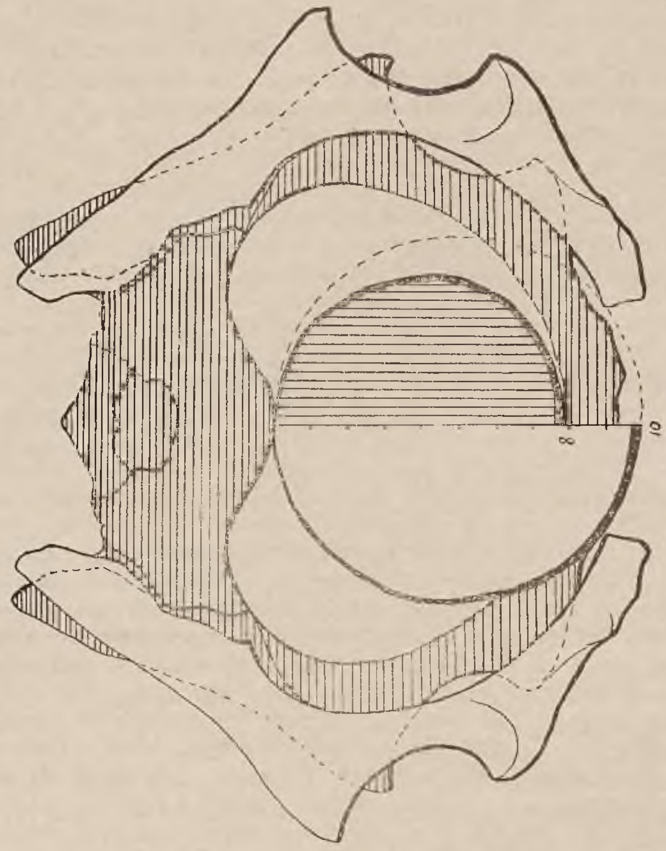


Fig. II.

Przecięcie poziome w płaszczyźnie wchodu miednicy miernie ścieśnionej, której wymiar prosty wynosi 8 ctm. Część kreskowana przedstawia stosunki przed przecięciem, biała zaś część po przecięciu spojenia łonowego, które rozstąpiło się na 6 ctm.

Wymiar prosty fig. białej po przecięciu ma się w stósunku do wymiaru prostego fig. kreskowanej przed przecięciem jak 98:80. Objętość zaś fig. białej stósunkowo do obj. fig. kreskowanej jak 488:267, zatem prawie podwójna, czyli, że płód o wadze 3000 gr. byłby mniejszym w stósunku do rozciętej miednicy, aniżeli płód o wadze 2000 gr. dla miednicy nienaruszonej.

obszerniejszych, a co za tem idzie, że i rezultat operacyi musi być w jednym i drugim przypadku pomyślny tak dla płodu, jako też i dla rodzącej, względnie matki.

Na końcu wyrazić muszę serdeczne podziękowanie kol. Drowi Kośmińskiemu, który pod nieobecność prymaryusza Prof. Madurowicza, odstąpił mi wykonania tej operacyi, i Prof. Madurowiczowi, który przystał na ogłoszenie tego przypadku.

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19.)

Jeszcze dalej idące, choć odmiennie uzasadnione i częstokroć fantastyczne wywodzi wnioski z badań swych nad pochodzeniem i leczeniem raka Adamkiewicz [1]). Wychodząc z założenia, że rak ma wiele cech wspólnych z chorobami zakaźnemi, jakkolwiek dotychczasowe usiłowania wykrycia przyczyny drobnoustrojowej nie dały wyników dodatnich, i za taką uważany być musi, rozpatruje on własności zasadnicze komórek rakowych w zestawieniu z komórkami tkanki nabłonkowej. Panująca dotychczas teorya Cohnheima, zbudowana na zupełnie dowolnem przypuszczeniu, iż punktem wyjścia raka są zarodkowe pozostałości w ustroju komórek nabłonkowych, które zaczynają bujać nadmiernie pod wpływem zmniejszenia oporu ze strony pierwocin tkanki otaczającej, musi być odrzuconą, gdyż nie tylko nie posiada przemawiających za sobą danych faktycznych, lecz nawet bywa w sprzeczności ze spostrzeżeniami klinicznemi. Najważniejszym wreszcie dowodem przeciwko tej teoryi jest to, że komórki rakowe a komórki nabłonkowe są to twory różne, których bynajmniej za jedno brać nie można. Różnica ta, mało widoczna przy porównywaniu komórek osobnych, występuje całkiem wyraziście, jeżeli zestawimy całe ich ogniska. Układ komórek nabłonkowych, gdziekolwiek badać je zechcemy, odznacza się ścisłą prawidłowością, polegającą nie tylko na tem, że składniki są jednej wielkości i kształtu, lecz i na tem, że układ ten ujęty jest w pewne zasady architektoniczne, prawie matematycznie zakreślone. W przeciwieństwie do tego, ogniska rakowe stanowią wzór budowy zupełnie atypowej, pozbawionej wszelkiej prawidłowości zarówno pod względem wielkości, kształtu, jak i układu. Dalej, podczas gdy oddzielne komórki nabłonkowe połączone są za pomocą pewnej istoty spajającej (*Kittsubstanz*), dzięki której tworzą te charakterystyczne szeregi lub zwoje, pomiędzy komórkami raka nie można nigdy wykazać żadnej substancyi odrębnej.

[1]) Untersuchungen über den Krebs und das Princip seiner Behandlung. Wien und Leipzig. 1893; 134 str. z 8 tabl.

Nie mniej ważne są oznaki szczegółowe komórek rakowych, nadające im znaczenie zupełnie odrębne. Przedewszystkiem więc niema takiej postaci morfologicznej, któraby była wyłącznie właściwą komórce rakowej, pod względem kształtu i wielkości ulegającej ogromnym wahaniom. Odróżnić wszakże możemy trzy typy zasadnicze, będące wyrazem trzech stopni rozwojowych tych komórek.

1. Komórki młode, małe, okrągłe z dużem jądrem najwięcej są podobne do leukocytów i spotykają się najobficiej w gruczołach limfatycznych, rakowo zmienionych;

2. Dojrzałe, właściwe komórki rakowe, stojące na wysokości rozwoju mają kształt okrągły lub owalny, płaski, częstokroć o zarysach nieprawidłowych wskutek wzajemnego ucisku i o okrągłem jądrze; one to właśnie przedstawiają największe podobieństwo do komórek nabłonkowych.

3. Komórki najstarsze w kształcie pęcherzyków o nieprawidłowych zarysach, niekiedy wielkich rozmiarów; wewnątrz znajdują się często drobniejsze pęcherzyki; zarówno pierwsze jak i drugie barwią się safraniną żółto. Najważniejsze jest w tych komórkach zachowanie się jądra, występującego albo w postaci tworu okrągłego, stałego, albo też ciała pęcherzykowatego, barwiącego się safraniną czerwono lub fiołkowo. Treść tych ostatnich jest szczególnie urozmaicona i ciekawa: raz zawierają one ciałka chromatynowe jednostajne, to znów drobnoziarniste, to niezwykłą obfitość figur karyokinetycznych, to znów całe massy drobniutkich, wydłużonych ziarenek, uderzających swą jednostajnością. Po przejściu okresu dojrzałości pęcherzyki te pękają i drobna treść rozsypuje się nazewnątrz w pierwoszczu komórki. Obecność w niej tych ciałek jest tak charakterystyczną i swoistą dla raka, że li tylko na podstawie znalezienia ich można z całą pewnością rozpoznawać sprawę rakową.

Do cech świadczących o braku jakiegokolwiek typu lub prawidłowości w układzie ognisk rakowych należy obecność ich wśród pasem łącznotkankowych podścieliska nowotworu, gdzie zarówno w nader rozmaitej występują postaci. Jeżeli w dalszym ciągu uwzględnimy, że komórki nabłonkowe w przebiegu rozwoju stopniowo ulegają złuszczeniu i natomiast zastępują się nowemi, komórki zaś rakowe zarówno w pewnym okresie rozpadają się, lecz komórki młode nie zajmują ich miejsca, a zjawiają się na obwodzie ogniska, sprawiając tem nieograniczony ich wzrost i szerzenie się, że gdyby komórka rakowa była komórką nabłonkową, to musiałaby mieć i jej czynność, że zatem każde takie ognisko nowotworowe zwiększałoby działanie zajętego narządu, przynajmniej gruczołów, prędzej tym sposobem przynosząc korzyść, niż szkodę, — to przyjdziemy do stanowczego przekonania, iż oprócz podobieństwa pomiędzy komórką nabłonkową a rakową tylko w pewnym okresie rozwoju tej ostatniej, obiedwie one nic wspólnego ze sobą nie mają, że substancya rakowa nie jest bynajmniej tkanką nabłonkową a nawet nie jest w ogóle tkanką, że przeto o tożsamości morfologicznej komórki nabłonkowej i komórki rakowej mowy być nie może.

Z drugiej strony ogniska rakowe różnią się zasadniczo od nowotworzących się guzów pod wpływem działania drobnoustrojów i będących przeto tylko wytworem przewlekłych zapaleń swoistych o charakterze granulacyjnym. Z całego szeregu znajdywanych przez różnych badaczów w rakach drobnoustrojów (*schizomycetes*, *hyphomycetes*, *psorospermia*, *microsporidia* i t. d.) żadnych nie można uważać za pasorzyty wytwarzające spoiste jego komórki. Są to, zdaniem Adamkiewicza, albo przypadkowi goście nowotworu, nie będący w żadnym z nim związku przyczynowym, albo jak najczęściej, bynajmniej nie odrębne istoty żyjące, lecz wytwory degeneracyjne komórek tkankowych i ich jąder.

Za pomocą szczepienia świeżych kawałków raka do mózgu królików zarówno, jak przez doświadczenia nad działaniem fizyologicznem wyciągu z tkanki rakowej (*kankroina*) na zwierzęta przekonał się A., że rak wytwarza rzeczywiście substancye trujące. Stanowi to nader ważny dowód na korzyść pasorzytniczego pochodzenia raka, dla którego udowodnienia ostatecznego należało tylko znaleść właściwy mu pasorzyt. Ponieważ, jak wykazały liczne badania, domniemany ten drobnoustrój nie rozwija się na ogólnie używanych pożywkach martwych, spróbował Adamkiewicz użycia w tym celu podłoża żywego w organach zwierząt. Na zasadzie wybitnie występującego działania jadu rakowego na tkankę nerwową użył on do szczepień mózgu królików, który okazał się do tego odpowiednim. W jakiś czas po zaszczepieniu kawałka nowotworu w samą substancyą mózgową występowały zmiany nadzwyczaj charakterystyczne: z jednej strony w samej tkance mózgowej w różnej głębokości zarówno jak w istniejących przestrzeniach w mózgu powstały ogniska nowotworowe o własnościach nadzwyczaj niszczących, z drugiej zaś w zaszczepionym kawałku raka utworzyły się puste, wolne przestrzenie pośród pierwocin komórkowych. Wynik ten objaśnia Adamkiewicz w sposób następujący: Komórki rakowe, znalazłszy się w warunkach sprzyjających, porzuciły swe siedlisko i przeniosły się na nową glebę odżywczą — tkankę mózgową, w której, szybko niszcząc ją, wytworzyły nowe ogniska i świeże zalążki nowotworowe, jednem słowem komórki rakowe same są tym pasorzytem, wywołującym powstanie raka.

Tym więc sposobem występuje jeszcze jedna cecha, różniąca zasadniczo komórkę nabłonkową od rakowej, która w pewnych warunkach porzuca pierwotne swe ognisko i przenosi się do obcej tkanki żyjącej, aby tam w dalszym ciągu, mnożąc się szybko przez podział, wytwarzać nowe guzki rakowe i burzyć tkankę miejscową. Wszystko to byłoby niemożliwe, gdyby komórka rakowa stanowiła część składową tkanki a nie była samodzielnym żywym ustrojem pasorzytniczym, sprowadzającym tak straszne zniszczenie chorobowe. Pod względem więc morfologicznym i biologicznym twory te zaliczyć należy do wielkiej grupy pierwotniaków (*protozoa*); co się zaś tyczy bardziej szczegółowego ich określenia, to najwięcej podobieństwa zauważyć można do *gregarinae* i *coccidia*: z pierwszemi z nich mają wspólną zdolność ruchu, z drugiemi sposób przebywania wewnątrz żyjącej tkanki (nie w jamach ustroju jak gregaryny), postać komórkową, szybki rozwój i istnienie form przejściowych. Z tych więc względów zalicza Adamkiewicz twory te do grupy *coccidia* i wobec niszczącego ich działania daje im nazwę *coccidium sarcolytus*. Taki pogląd na istotę sprawy rakowej upraszcza w wysokim stopniu pojmowanie wielu stron ciemnych w przebiegu raka bez potrzeby uciekania się do przypuszczeń mniej lub więcej sztucznych, których długi szereg najwymowniej przekonywał o istnieniu wielu braków w budowie teoryi powstawania tego nowotworu. Z drugiej strony bierze ztąd autor wskazówkę do racyonalnego rozwiązania sprawy leczenia raka. Jeżeli bowiem komórka rakowa jest pasorzytem, wytwarzającym pewne ciała trujące (kankroina), to w nich właśnie mieć można broń do walki z tym pasorzytem, który można zniszczyć bez równoczesnego niebezpieczeństwa dla całego ustroju. Trudność tylko stanowi tu otrzymywanie tych produktów przemiany materyi komórek rakowych w dostatecznej ilości, wobec czego postarał się Adamkiewicz o zastąpienie właściwej kankroiny w celach doświadczalno-leczniczych innym ciałem, neuryną, o równoważnych własnościach fizyologicznych. Opisowi doświadczeń wykonanych w tym względzie na zwierzętach i ludziach poświęca A. drugą, obszerniejszą część swej pracy. Co zaś się tyczy pochodzenia tych kokcydyj rakowych, czy i gdzie się znajdują po za ustrojem, jaką drogą i w jakich warunkach doń się dostają, o tem obecnie nawet domysły nic jeszcze wskazać nam nie mogą.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Sroczyński: **Zapalenie sympatyczne oka.** Monografia kliniczna. (Rozpraw z zakresu medycyny praktycznej Seryi II. Zeszyt 18). 4 ka, str. 48. Kraków 1893.

W monografii tej skreślił autor obraz cierpienia sympatycznego tak, jak on się nam dziś ze stanowiska wiedzy dotychczasowej przedstawia, urozmaicając go i objaśniając wieloma przypadkami leczonymi w klinice prof. Rydla od 1870 do końca 1892 r. Zaraz we wstępie zwraca uwagę na różnicę między zapaleniem a zadrażnieniem sympatycznem, kładąc nacisk na to, że nie należy, jak niektórzy czynią, uważać tego ostatniego za okres poprzedzający i zwiastujący niewątpliwe wybuch zapalenia. Zastanawiając się nad przyczynami zapalenia sympat. i oceniając krytycznie długą ich listę w szeregu lat stopniowo powiększoną, przychodzi do wniosku, iż najczęstszą przyczyną jest uraz połączony z przebiciem gałki ocznej, który wywołał przewlekłą ciężką *Iridokyklitis plastica.* Znacznie mniej niebezpieczne, chociaż niezupełnie, jak tego chcą niektórzy, bywają urazy sprawiające ropne zapalenie; inne zaś czynniki, tak często niesłusznie obwiniane, odgrywają rolę podrzędną i to o tyle tylko, o ile zdolne są wywołać *iridokyklitis,* a niektóre z nich nawet śmiało można odrzucić jako nie poparte dostatecznie ani rozumowaniem teoretycznem, ani doświadczeniem klinicznem.

Rozdział o chorobach oka sympatycznie dotkniętego daje treściwy obraz form, w jakich występuje to cierpienie. Można je podzielić na 2 grupy: 1) zapalenie jagodówki, najczęściej w tormie plastycznej, rzadziej surowiczej, nierzadko mięszanej, wyjątkowo w formie ropno-plastycznej lub ropno-surowiczej; więc *iritis, iridokyklitis* i *chorioiditis sympat.* — 2) zapalenie tarczy nerwu wzrokowegó i siatkówki: *neuritis, retinitis* lub *neuroretinitis symp.* Z tych pierwsza grupa stanowi niejako typ zapalenia sympatycznego z przewagą po stronie form złośliwych, prowadzących do zupełnej utraty wzroku. Inne cierpienia jak jaskra (*glaucoma*) lub zapalenia spojówki i rogówki, wciągnięte przez niektórych w obraz cierpienia sympatycznego bez dostatecznej podstawy nie powinny tu wcale figurować zdaniem autora. Odrębną niejako formę stanowi zadrażnienie sympatyczne, które niema nic wspólnego z zapaleniem sympat. prócz wspólności przyczyn. Zadrażnienie sympatyczne objawia się łzawieniem, światłowstrętem, znużeniem akomodacyi, prawdopodobnie niekiedy jej kurczem, jak to autor w jednym przypadku miał sposobność obserwować — szczegół, o którym dotychczas nigdzie niema wzmianki — dalej czasami lekkiem upośledzeniem wzroku i dośrodkowem ścieśnieniem pola widzenia bez żadnych zmian wziernikowych.

Rozbierając w dalszym ciągu teorye zapalenia sympatycznego, począwszy od teoryi Mackenziego aż do teoryi Limbourga i Levego, stwierdza, że przypuszczenie, jakoby zapalenie sympatyczne powstawało pod wpływem pewnych mikrobów bliżej jeszcze oznaczyć się nie dających, jednak nie ropnych, najwięcej zdaje się mieć danych za sobą a zarzuty, tu i owdzie przeciw temu podnoszone, z łatwością dadzą się odeprzeć. Ostatniego jednak słowa dziś jeszcze wyrzec stanowczo nie można.

W wyczerpująco obrobionym rozdziale o leczeniu podaje autor ogólny plan jego a omówiwszy różne sposoby, zmierzające do zastąpienia wyłuszczenia oka pierwotnie dotkniętego, kończy wskazaniami do tej operacyi, jako jedynie pewnego środka zapobiegawczego nawet wobec już objawów zadrażnienia, mniej już pewnego, jednak usprawiedliwionego po wybuchu zapalenia sympatycznego na drugiem oku, jeżeli tylko oko pierwotnie dotknięte straciło wzrok bez nadziei, by je odzyskało.

Nie mogąc w szczupłych ramach zdania sprawy rozpisywać się obszerniej o powyższej rozprawie, pragnę tylko polecić ją uwadze kolegów, gdyż znajdą w niej obok niejednej cennej praktycznej wskazówki, pokrótce zebrane wszystko, co do dziś dnia wypowiedziala nauka o tem ważnem, tak ciężkiem a częstem cierpieniu. Rzeczywiście wdzięczność się należy autorowi za powiększenie naszej szczupłej literatury piękną swą pracą, która napisana jędrnie, gładkim i pięknym językiem sama się zaleca najlepiej bogactwem swej treści i świetnością formy. *Dr. Langie.*

Chirurgia.

W. Wagner: **Aseptyka w chirurgii polowej.** (Sprawozdanie Dra Bogdanika.)

Wobec coraz większego udoskonalenia broni palnej jedyną pozostaje pociechą olbrzymi postęp chirurgii, szczególniej pod względem opatrywania ran. Nie zapoznaje tego chirurgia polowa, która skwapliwie korzysta z tego postępu, aby w razie wojny lekarze przeznaczeni do niesienia pomocy rannym byli przygotowani dostatecznie. Dr. Wagner z Przemyśla podjął się żmudnego a wdzięcznego zadania i zestawił w przytoczonej pracy obecny pogląd chirurgii na opatrywanie ran a przedewszystkiem rozwiązać chciał pytanie, czy i o ile aseptyka w razie wojny da się zastósować. — W tym względzie korzystał po części z prac dotychczas drukiem ogłoszonych, po części zaś zasięgał piśmiennie zdania niektórych wybitniejszych chirurgów. Nie można się dziwić pewnej różnicy w zapatrywaniach na tę sprawę, jeżeli się zważy, iż na razie nie mamy dokładnego pojęcia, jak straszne zniszczenie sprawi przyszła wojna, i że każdy mimowolnie zadaje sobie pytanie, czy wogóle możebnem będzie, aby personal sanitarny odpowiedział istotnej potrzebie.

Autor tedy przedewszystkiem nad tem się zastanawia, czy stósowanie aseptyki w polu będzie możebne. Można przewidzieć, iż znaczna liczba rannych przybędzie na stanowisko pierwszej pomocy bez opatrzenia. Zważyć bowiem należy, że ludzie przeznaczeni do zbierania rannych na pobojowisku wobec gradu zabójczych kul starać się będą musieli, aby rannych jak najrychlej przenieśli w bezpieczne miejsce, bo inaczej tak rannych jako i siebie narażą na ponowne skaleczenie. Niekiedy zaś wysłanie służby na linią bojową wręcz będzie niemożebnem, bo wysłani już po części sami legli na pobojowisku a innych się bezowocownie na ten sam los narazi. Z drugiej zaś strony zbierający rannych będą mieli ręce tak zanieczyszczone, iż im opatrzenia powierzyć nie można. Autor przytaczając tedy zdanie sprawozdawcy z rozprawy o broni palnej mannlicherowskiej, „wolę objąć w leczenie rany, które godzinami narażone były na działanie powietrza i słońca, aniżeli takie, które zanieczyszczone ręce pokryły przepoconym materyałem opatrunkowym“ dodaje, iż się z tem bezwarunkowo zgadza. Pomoc służby ma się ograniczyć na ułożeniu złamanych kończyn i tamowaniu krwotoków życiu zagrażających przez opasanie kończyny dośrodkowe i odśrodkowe od rany. Najważniejszem zaś zadaniem jej będzie jak najrychlejsze przeniesienie niezdolnych do marszu rannych na miejsca opatrunkowe, gdzie ich lekarze opatrzyć muszą. Oprócz tych nieopatrzonych rannych przybędą na stanowiska opatrunkowe i tacy ranni, którzy sobie sami pierwszej pomocy udzielą i temu dziwić się nie należy, jeżeli ranny mający w kieszeni paczkę z materyałem opatrunkowym, użyje go do opatrzenia swej rany. Do kroku tego skłonić go mogą i inne okoliczności, n. p. gdy deszcz zacznie skrapiać ranę lub chory w błocie albo kurzu leży a służba sanitarna nie przybywa. W takich razach wymaga autor słusznie, aby lekarze opatrunki te natychmiast zmienili. Że rany postrzałowe jednak bez opatrzenia pozostać mogą godzinami a mimo to ani zakażenie ogólne ani ropienie znaczniejsze nastąpić nie musi, w tym względzie powołuje się autor na doświadczenie sprawozdawcy i zwraca uwagę, że znajomość tego wystarczyłaby, żeby sobie nikt na pobojowisku sam nie założył opatrzenia, z wyjątkiem tych przypadków, gdzie się rozchodzi o ochronę przed błotem, gnojem, deszczem i t. d.

Z drugiej strony przyznaje autor, iż szkoda wyrządzona na pobojowisku przez założenie nieodpowiedniego opatrunku jeszcze naprawić się da; dowodem tego piękne wyniki wtórorzędnej antyseptyki w szpitalach pomocy międzynarodowej podczas wojny serbsko-bułgarskiej w r. 1885. Przez to jednakże zwiększy się praca lekarzy na stanowiskach pierwszej pomocy i opatrunkowych, bo ranni przybędą albo

bez opatrzenia albo z lichem opatrzeniem. W obec takiego stanu rzeczy, lekarze tylko krótką chwilę poświęcić będą mogli jednemu choremu a przeto wymagać się od nich musi, bystrego ocenienia, postępowania świadomego celu i odpowiedniego podziału pracy.

W szpitalach polowych i rezerwowych natomiast czynność lekarzy będzie mniej więcej taka, jak w czasie pokoju. Lecz przypatrzmy się, jak podczas wojny wyglądają przeciwgnilne albo wyjałowione materyały opatrunkowe? Zależy tu wiele od sposobu przewożenia, jako też od opakowania. Mimo to przyznać trzeba, iż wartość tych opatrunków jest bardzo niepewna. Podczas przewozu, wśród niekorzystnych okoliczności, jest rzeczą całkiem naturalną, iż zanieczyszczenie z zewnątrz będzie znaczne. Liczyć się przytem potrzeba i z tem, iż znaczna część środków przeciwgnilnych już to ulatnia się, już to wydziela wskutek działania wody i wilgoci (deszcz, rosa, pot). Nadto podnosi autor słusznie zwiększoną obawę zakażenia z powietrza (*Luftinfection)* podczas pracy w otwartem polu, czego nie ma w zamkniętych pokojach operacyjnych. Wiemy bowiem, że obawy zakażenia powietrznego w salach operacyjnych niema prawie żadnej, jeżeli przed operacyą nie ściera się kurzu, żeby się w powietrze nie unosił; temu zaś na otwartem polu zapobiedz nie można.

W obec tego wiele podniosło się głosów przeciwko stósowaniu aseptyki w chirurgii polowej. I tak powiada Küster, iż aseptyki wszędzie stósować nie można; natrafia ona na trudności w dobrze urządzonej klinice lub szpitalu a tem trudniej stósować ją lekarzowi na wsi lub podczas wojny. Landerer aseptykę ogranicza, co najwyżej, do szpitali polowych; zresztą zaś radzi antyseptykę, przedewszystkiem sublimat i jodoform. Rottera zdaniem aseptyka w razie wojny jest niestósowna, bo jest ona odwróceniem się od antyseptyki, największej zdobyczy nowoczesnej chirurgii. Aseptyka ma racyą bytu tylko w zakładach z komfortem urządzonych; w stosunkach pozaklinicznych zaś antyseptycznie postępować należy; ma się bowiem pewność pod każdym względem. Beck twierdzi, iż wyjałowienie opatrunków w polu jest możebne, lecz daje pierwszeństwo gazie sublimatowej, bo jej skuteczność dłużej się utrzymuje, aniżeli gazy wyjałowionej. Billroth przeciwnie zwraca uwagę, iż w polu i na pobojowisku aseptycznie postępować się nie da. Körte doradza w razie możebności, używać wrzącej wody do wyjałowienia narzędzi. Lauenstein zaleca wyjałowienie opatrunków w domu, które dobrze zapakowane tygodniami, miesiącami, nawet latami w dobrym utrzymują się stanie. Mosetig-Moorhof wątpi, czy w polu można się spuścić na wyjałowione opatrunki; pewniejsze są w każdym razie opatrunki antyseptyczne. Schimmelbusch życzy sobie wielkich zapasów wyjałowionych opatrunków. Esmarch i Gurlt przeciwnie żądają opatrunków antyseptycznych. Kaschkaroff zaleca swój sterylizator, który podobnie jak samowar da się opalić węglami. Helferich z zachwytem przypisuje wielkie znaczenie aseptyce w przyszłej wojnie. Przysposobione materyały zużyją się prędko; trzeba je zatem będzie wyjaławiać przez wygotowanie. G. Giardina pierwszeństwo oddaje antyseptyce. Krecke sprzeciwia się temu, bo wyjałowienie opatrunków nie sprawia trudności; do tego wystarcza każdy garnek przykryty kamieniem. W sekcyi chirurgicznej III. zjazdu lekarzy rosyjskich oświadczono, iż wyjałowienie opatrunków będzie możebne w szpitalach opodal pola bitwy się znajdujących; na X. międzynarodowym zaś zjeździe w Berlinie oświadczył Bergmann, że przez wyjałowienie wszędzie można będzie zamieniać złe opatrunki na dobre. Regnier i Renaut również przemawiali za wyjałowionymi opatrunkami. Tillmanns sądzi, iż i podczas wojny można będzie wyjaławiać opatrunki i uważa za zbyteczne nagromadzanie zapasów materyałów antyseptycznych. Habort przemawia za opatrunkami wyjałowionymi, które podczas wojny kilkakrotnie należy wyjaławiać.

Autor przytoczywszy te zdania reasumuje wszystko, iż większość chirurgów przyznaje możebność wyjałowienia opatrunków w szpitalach polowych i rezerwowych, że jednak niemal wszyscy sądzą, iż niemożebne będzie postępowanie aseptyczne na polu bitwy i na stanowisku opatrunkowem. (C. d. n.)

Terapia.

Scheier: O intubacyi krtani według O'Dwyera.

Autor stósował intubacyę O'Dwyera za pomocą przyrządu zmodyfikowanego przez Bleyera z fabryki Windlera w Berlinie w 4 przypadkach zwężenia następowego po tracheotomii i w 16 przypadkach pierwotnego, z których troje wyszło uleczonych, 13 umarło. Tę tak wielką śmiertelność przypisuje autor ciężkiej epidemii w miesiącu listopadzie i grudniu, jakoteż bardzo daleko posuniętej sprawie błoniczej w chwili zgłoszenia się. Przed włożeniem tubusa błony lub strzępy, które wolno wisiały na migdałkach lub języczku, zdejmowano, by ich nie wepchnąć do krtani, poczem mocno wymaczano całe gardło 1% rozczynem tymolu lub rozczynem salicylowo-borowym.

Acidi salicylici	*3·00*
„ borici	*30·00*
Aquae destil.	*1000·00*

Po takiem oczyszczeniu gardła bada autor wziernikiem, by w przypadkach, gdzie duszność polega jedynie tylko na obrzmieniu nakrywki krtaniowej i więzadeł nakrywko-nagłośniowych, nie robić intubacyi. Do wprowadzenia tubusa używa autor obturatora i introduktora; ekstraktorem nie posługuje się nigdy; zostawia bowiem nitkę przy tubusie z obawy zranienia błony śluzowej krtani. Po intubacyi przebieg może być rozmaity: albo wraca po paru dniach oddech prawidłowy, za inhalacyami z kwasu mlekowego w razie obecności błon, w razie wydzieliny więcej śluzowej z soli kuchennej i cała sprawa zapalna ustępuje lub też drugiego trzeciego dnia, mimo tego, że tubus włożony, występuje duszność, przyspieszenie oddechu, sinica, wogóle objawy zapalenia płuc i oskrzeli i mimo dwu lub trójkrotnie włożonego tubusa stan się nie poprawia i trzeba zrobić tracheotomią.

Zdaniem autora przeciwwskazaniem do intubacyi jest bardzo znaczna błonica gardła i nosa, jakoteż krtani, szczególnie więzadeł głosowych, gdzie przychodzi do znacznego obrzmienia i owrzodzeń z nalotami właściwemi. Odleżyny w krtani od tubusa pochodzące, obserwował autor w dwu przypadkach.

Stósowanie intubacyi w przebiegu ostrego zwężenia na tle błonicy, według zdania autora, szczególnie w praktyce prywatnej jest niemożebne, gdyż 1) wyniki wyleczenia po intubacyi nie są lepsze, niż po tracheotomii.

2) Po intubacyi trzeba być przygotowanym do tracheotomii, gdyż zawsze możebnem jest przypuszczenie, że błony w krtani są tak duże i zbite, że otworem rurki wydobyć się nie mogą a nawet zatykają ją tak, że duszność się coraz zwiększa.

3) W przypadkach zamartwicy i znacznej sinicy, a takie przypadki najczęściej się zgłaszają, lepiej jest zrobić odrazu tracheotomię.

4) Potrzeba obecności lekarza każdej chwili, czy to z powodu wykrztuszenia tubusa, czy coraz większej sinicy i zamartwicy, mogącej doprowadzić do nagłej śmierci, co jest prawie niemożebnem.

O wiele większe znaczenie, bo dające się zastósować i w praktyce prywatnej, ma intubacya w zwężeniach następowych, czy to z powodu granulacyi, czy blizn, czy też zwiotczenia tchawicy, w których to przypadkach wyjęcie kaniuli jest nieraz prawie niemożebnem, intubacya zaś o tyle łatwiejszą, że właściwa sprawa chorobowa pierwotna ustąpiła, tubus nie tak łatwo zatyka się śluzem, i nie tak łatwo bywa też wyksztuszony.

Autor poświęca szczególniejszą uwagę intubacyi w zwężeniach krtani z powodu granulacyi koło rany tracheotomijnej, które nader szybko zanikają skutkiem ucisku tubusa na nie. W razie krwotoku po tracheotomii skutkiem przyłączenia się do rany błonicy i następowego krwotoku miąższowego a nawet nadżarcia naczyń, otrzymał autor świetny wynik po

intubacyi, gdyż po przypaleniu Paquelinem mógł założyć opatrzenie uciskające.

W chronicznych zwężeniach krtani, jak i w złamaniach, lub zwichnieniach chrząstek, w zmianach kiłowych krtani i w przebiegu zapalenia dolnych strun głosowych z przerostem intubacya oddaje znakomite usługi i wynagradza to, czem nie dopisuje w błonicy. Jak długo może leżeć tubus w krtani w przebiegu tychże chorób, przychodzi autor do przekonania, że tygodniami a nawet miesiącami bez większych zmian na błonie śluzowej krtani. (*Therapeutische Monatshefte. I. H. 1893*). *Dr. Komorowski.*

Choroby uszne.

Reinhard: Przyczynek do wycięcia młotka z kowadełkiem.

R. wita z radością stanowisko chirurgiczne w otyatryi, że chirurgiczne leczenie chorób usznych znajduje coraz więcej zwolenników. Szczególnie w ropieniach przewlekłych ucha środk. i w towarzyszących im cierpieniach kości skalistej chirurgiczne leczenie cieszy się prawie ogólnem uznaniem. Po Schwartzem, który wykazał wielką wartość zabiegów chirurgicznych w tem cierpieniu, mianowicie wykuwanie dłutem wyrostka sutkowego, polecił Kretschmann wycięcie młotka a Stacke poszedł jeszcze dalej (*Przegl. Lek.* 1892, Nr. 25), zwracając uwagę na konieczną potrzebę wycięcia kowadełka wraz z młotkiem w pewnych przypadkach ropienia usznego. Autor zgadza się ze Stackem co do wszystkich jego wskazówek do tej operacyi, przypisuje jednak szczególną wagę wskazaniu w celu leczenia przewlekłego ropienia sklepienia (*attiens*) które jako ognisko ropne z bardzo niekorzystnemi warunkami odpływu, w bezpośredniem sąsiedztwie mózgu i opon, od których je cienka tylko blaszka kostna oddziela, stanowi zawsze poważne i życiu zagrażające niebezpieczeństwo dla chorego.

Najważniejszy objaw tego cierpienia stanowi wejrzenie błony bęb. Po wydaleniu wydzieliny pokazuje się po wielkiej części znaczny ubytek w błonie bęb., rękojeść młotka zupełnie albo tylko jako mały szczątek utrzymana i w światło jamy bęb. wolno stercząca albo na wewnątrz wciągnięta i nieraz ze ścianą błędnikową zrosła. Błona śluzowa jamy bęb. albo okazuje jeszcze ropienie albo jest już sucha i przyskórkiem pokryta. W ostatnim razie ropa występuje w postaci kropli lub obwódki na górnym brzegu ubytku tuż obok wyrostka krótkiego. Inny obraz cechujący chorobę sklepienia przedstawia przedziurawienie w błonie obwisłej (*membr. flaccida Shrapnelli*) obok utrzymanej w całości i różnie zmienionej błony bęb. Pokazuje się w błonie Shrapnella tuż obok wyrostka krótkiego mały otworek, z którego wytryska ropa i często wyrastają łatwo krwawiące pęczki ziarninowe, których uporczywe odrastanie po każdem wyleczeniu jest pewnym znakiem próchnienia młotka. W takich przypadkach przestrzykiwanie ucha przez przewód zewnętrzny lub trąbkę za pomocą cewnika lub rurki właściwej (*Antrumröhrchen*), usunienie ziarnin żegadłem lub pętlą i najstaranniejsze leczenie zachowawcze nie prowadzi do celu.

Autor wyłuszczył w 23 przypadkach podobnych młotek i w 16 z nich także kowadełko. W 15 przypadkach skutek był pomyślny, t. j. ropienie co najmniej przez pół roku więcej się nie pokazało. Przypadów nieprzyjemnych, jak zawrotu głowy, porażenia nerwu twarzowego i t. p. po tej operacyi nie uważano. Jeżeli w 21 dni po operacyi ropienie nie ustało, używał R. przestrzykiwań za pomocą cewek jamowych (*Antrumscanülen*). Chorzy, którzy dawniej latami cierpieli na mocne bóle w uchu rozpromieniające się na głowę, kark, twarz i szyję, zostali zaraz po tym zabiegu wolni od tych dolegliwości. Słuch po operacyi nigdy się nie pogorszył, w połowie przypadków po ustaniu ropienia nawet się polepszył.

Pod względem techniki daje autor pierwszeństwo metodzie Schwartzego przed metodą Stackego w wszystkich przypadkach, w których niema przypadów chorobowych ze strony wyrostka sutkowego. Dopiero, jeżeli ta operacya nie wystarcza do usunięcia ropotoku usznego, wtedy powinno się myśleć o otwarciu wyrostka sutkowego. (*Archiv für Ohrenheilkunde. T. 33. Z. 2*). *Dr. Spira.*

Notatki terapeutyczne.

Wrzody bolesne, dużo wydzielające zasypuje Weissmüller proszkiem

61)	Rp.	*Acidi salicylici*	8·00
		Acidi borici	4·00
		Zinci oxydati	3·00
		Amyli puri	
		Talci venetae	
		āā	30·00
		M. f. p.	
		S. Zewnętrznie.	

W zapaleniu cewki moczowej wiewiórowem zaleca V. Carballo naprzód oczyszczenie wodą ciepłą na 35° C. a potem wstrzyknienie 12 do 15 gramów następującego płynu:

62)	*Lysoli*	1·00
	Ttrae opii crocatae	3·00
	(*vel Cocaini muriatici*	0·50)
	Aquae destil.	100·00
	MDS. Zewnętrznie.	

Po wstrzyknięciu należy płyn zatrzymać w cewce przez 4 do 5 minut. Wstrzykiwania po 3 razy dziennie a dobrze je robić jeszcze przez 4 do 6 dni po ustaniu cieczenia.

Przeciw swędzeniu otworu odchodowego czyli rzyci zaleca Ohmann-Dumesnil w St. Louis używać miejscowo po dwa razy dziennie płynu:

63)	Rp.	*Mercurii sublimati corr.*	0·03
		Ammonii chlorati	0·12
		Acidi carbolici puri	4·00
		Glycerini	60·00
		Aquae rosarum	115·00

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

VII. posiedzenie z dnia 21. kwietnia 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 37.

(Dok. Patrz Nr. 20.)

Dyskusya nad odczytem kol. Wiczkowskiego.

Kol. Prus wyraża przedewszystkiem zdziwienie, że, jakkolwiek kol. Wiczkowski obrał sobie za temat pytanie, czy anemia sama przez się może wywołać gorączkę, właściwie tematu tego w wykładzie swym zaledwie tylko lekko dotknął a natomiast przedstawił opis dwóch przypadków z zejściem śmiertelnem które z tematem obranym nic wspólnego nie mają chyba to, że dalszy ich przebieg przekonał prelegenta, jak mylnem było jego pierwotne przypuszczenie, szukające w anemii wytłómaczenia gorączki. Następnie kol. Prus zwracając się do pierwszego przypadku opisanego przez kol. Wiczk., nie chce wprawdzie wprost kwestyonować rozpoznania tyfusu, musi jednakże zaznaczyć, że opis przypadku był tak pobieżny, że nie można sobie wyrobić dokładnego obrazu chorobowego i można sprawę w rozmaity sposób tłómaczyć. I tak możnaby według opisu podanego tłómaczyć cały przebieg wyłącznie jako sprawę gruźliczą. Za takiem pojmowaniem sprawy przemawia przewlekły przebieg choroby, gorączka nietypowa, kaszel, pojawienie się plwocin ropnych, później objawy mózgowe, porażenia, afazya i t. p. Ujemny wynik badania plwocin co do obecności prątków gruźliczych nie może wyłącznie rozstrzygać w tej mierze, gdyż sprawa gruźlicza w płucach mogła być albo

tylko słabo zaznaczoną albo też płuca mogły nie być wcale zajęte sprawą gruźliczą. Zresztą przypadek ten, w jakikolwiek bądź sposób go tłómaczyć, nie ma dla właściwego tematu żadnego znaczenia. To samo można powiedzieć o drugim przypadku, w którym u osoby okazującej objawy blednicy pojawiła się gorączka. I w tym przypadku przyczyną gorączki nie była anemia, lecz, jak póżniej wybitnie się okazało, gruźlica, która względnie dosyć szybko sprowadziła śmierć chorej.

Powoływanie się kol. W i c z k. na gorączkę w niedokrewności złośliwej, w bielicy i t. p. dla wykazania, że niedokrewność sama przez się wywołać może gorączkę, uważa kol. P r u s za zupełnie nieusprawidliwione i niewłaściwe, gdyż niedokrewność w tych chorobach uważać musimy niewątpliwie tylko za przypad chorobowy a nie za chorobę samą — a zatem i gorączkę, która pojawia się w bielicy lub w niedokrewności złośliwej, również uważać musimy za następstwo właściwej choroby, której przyczyną prawdopodoonie są bakterye a nie za wynik anemii. W tych przypadkach więc tak gorączka, jak i anemia mają znaczenie równorzędne i odnoszą się z pewnością do jednego i tego samego źródła.

W obec tego okazuje się, że kol. W i c z k. właściwie jeden tylko przypadek przytacza, na którym opiera swe twierdzenie, że anemia sama przez się może wywołać gorączkę. Jest to przypadek ostrego krwotoku wskutek przecięcia żył u samobójcy. Lecz i w tym przypadku wielkie nasuwają się wątpliwości co do słuszności zapatrywania się prelegenta, zwłaszcza z tego powodu, że u chorego była rana zadana niewiadomo, czy czystem narzędziem. Wobec tego podwyższenia ciepłoty ciała w tym przypadku nikt prawie nie będzie uważał za skutek krwotoku, lecz raczej za komplikacyę rany a to tembardziej, że doświadczenia na zwierzętach wykazują wprost przeciwny skutek a mianowicie obniżenie się ciepłoty. Jak łatwo ustrój w różnych okolicznościach oddziaływa podwyższeniem ciepłoty, dowodzą doświadczenia na zwierzętach. Wystarczy wstrzyknąć wodę wyjałowioną, skrobię lub jakikolwiek płyn wyjałowiony do żył, aby wywołać gorączkę. Czemu to przypisać, nie wiemy. Wiadomo dalej, że są pewne ośrodki w mózgu, których zniszczenie lub cierpienie sprawia podwyższenie albo też opadnięcie ciepłoty ciała. Zranienie ciałka czworaczego, guza szarego (*tuber cinereum*) i t. d. wywołuje p o d w y ż s z e n i e, zranienie ciałka prążkowanego, mostu Warolowego obniżenie ciepłoty ciała.

Zdaniem kol. P r u s a trudno przypuścić, aby w przypadkach niedokrewności istniały zboczenia w tych ośrodkach, dające powód do podwyższenia się ciepłoty ciała. Wobec tego kol. P r u s sprzeciwia się stanowczo twierdzeniu, jakoby n i e d o d o k r e w n o ś ć w ś c i s ł e m s ł o w a z n a c z e n i u sama przez się mogła być przyczyną gorączki, i sądzi, że w przypadkach, w których jest gorączka, należy ją odnieść zawsze do komplikacyi. (*Przejrzane przez autora*).

Kol. W e r n i c k i: Kol. Wiczkowski zapowiedział nam odczyt o anemii z zapytaniem, czy może ona wywołać stan gorączkowy. Prelegent nie tylko nie rozwiązuje zadanego pytania, ale nadto przypadek przywiedziony na poparcie twierdzeń jego nie jest wcale anemią, lecz tylko obrazem i dalszym ciągiem infekcyi mięszanej po przebyciu duru brzusznego. Zdarza się bowiem dość często, że przy końcu duru rozwija się sprawa gnilna w kiszkach a drobnoustroje, mając ułatwiony dostęp przez schorzałą błonę śluzową, opanowują najpierw narząd limfatyczny a ztąd dostać się mogą do wszystkich organów, dając powód do rozwoju sprawy ropnej w dotyczących organach. W przedłożonym sobie przypadku spotykamy wybitny przebieg tej sprawy w kilku organach; ropień okołooskrzelowy bez zjawisk zapalnych w płucach jest tego dowodem. Nawet przytoczone objawy mózgowe niewątpliwie należy odnieść do tej samej, pierwotnie działającej przyczyny. Zwracając się do wywodów kol. Wiczk. o anemii mniema kol. W e r n i c k i, że wkrótce przestaniemy uważać anemią za samoistną chorobę krwi, lecz będziemy ją uważać jedynie za objaw chorobowy, wywołany inną przyczyną a według tego będziemy rozróżniać tylko rozmaite formy anemii, jak n. p. niedokrewność gruźliczą, rakową, kiłową, zimniczą, infekcyjną i t. d. (*według autoreferatu*).

Kol. M a h l uważa przypadek kol. Wiczk. również za zakażenie mieszane, za sprawę potyfusową i podaje opis podobnego przypadku. W przypadkach z wybitną etyologią, jak dur brzuszny, nie można myśleć o anemii jako przyczynie gorączki wkrótce po przebiegu tyfusu występującej, lecz należy ją odnieść do przyczyny pierwotnie działającej.

Kol. O p o l s k i: W odczycie kol. Wiczk. należy rozróżnić dwa odrębne działy: naprzód opisanie przypadku chorobowego a powtóre referat o anemii. Wykład o anemii bowiem nie był w ścisłym związku do opisanego przypadku. Co się tyczy przypadku, to przychyla się kol. O. do zapatrywania się, że cała sprawa była tylko dalszym ciągiem duru, i podaje opis przypadku znanego wielu kolegom, w którym po przebiegu duru brzusznego po kilkodniowym stanie bezgorączkowym wystąpiła gorączka o typie nieregularnym, przez 7 tygodni trwająca. Chory umarł wśród objawów mózgowych (porażenie połowicze, afazya i t. d.) a sekcya w 11. tygodniu po wystąpieniu pierwszych objawów chorobowych wykonana, wykazała jeszcze liczne owrzodzenia tyfusowe w kiszkach. Ponadto przytacza kol. O. jeszcze kilka przypadków z równie przewlekłym przebiegiem. Objawy mózgowe w końcu występujące należy zdaniem kol. O. tłómaczyć w ten sposób, że wskutek przewlekłej sprawy chorobowej występuje znaczna niedomoga serca, która daje powód do powstawania zakrzepów w naczyniach mózgowych i do następowych porażeń.

Co do referatu o anemii, sprzyciwia się kol. O. twierdzeniu, jakoby anemia sama mogła wywołać dłużej trwającą gorączkę. Po znacznych utratach krwi może po poprzedniem obniżeniu wystąpić krótkotrwające podwyższenie się ciepłoty ciała; jeżeli zaś gorączka dłużej się utrzymuje, wówczas musimy ją odnieść do komplikacyi.

Kol. W e h r zaznacza, że doświadczenie chirurgiczne poucza, że sama anemia nie wywołuje gorączki, tak dalece, że jeżeli po znaczniejszych krwotokach wystąpi gorączka, to szuka się stale jakiejś komplikacyi a nigdy nie upatruje się w anemii przyczyny gorączki.

Kol. G o ń k a z doświadczenia chirurgicznego również może potwierdzić, że ostra anemia po krwotokach nie wywołuje gorączki dłużej trwającej.

Kol. W i c z k o w s k i w odpowiedzi zaznacza, że ze stanowiska teoretycznego można sobie wytłómaczyć podniesienie się temperatury u anemicznych, — bo jeżeli już same nerwowe wpływy mogą podnieść ciepłotę ciała, dlaczegóżby nie mogły jej wywołać zmiany anatomiczne w tak czułym organie, jakim jest krew. Za tą możliwością przemawiają również doświadczenia na zwierzętach. Nie zaprzeczają jej istnienia sumienni badacze, jak Hoffman. Że gorączka nie zawsze występuje u anemicznych, przyczyna tego nie jest nam znaną (*autoreferat*).

Sekretarz *Dr. Bory.*

V. Wiadomości bieżące.

— Podany w zeszłym nrze *Przeglądu lekarskiego* wykaz lekarzy Polaków ordynujących w bieżącym roku w zdrojowiskach i stacyach klimatycznych uzupełniamy według spisu sporządzonego przez komisyę przemysłową Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i własnych wiadomości w sposób następujący: *Abbazia* Dr. Bulikowski (w zimie), *Birsztany* Dr. Muszalski, *Busko* Dr. Dobrzański, *Eichwald* Dr. Kuryś, *Ems* Dr. Goldbaum, *Inowrocław* Drowie Grabowski, Rakowski, Wilkosiński, *Iwonicz* Dr. Herzig, *Jaszczurówka* Dr. Chwistek, *Karlsbad* Dr. Steinberg, *Lubień* Dr. Radecki, *Montreux* Dr. Musiał, *Morszyn* Dr. Medvey, *Nałęczów* Dr. Chmielewski, *Porto Ré* Dr. Grodecki, *Rymanów* Drowie Kucharski, Bielecki, *San Remo* Dr. Ostrowicz (w zimie), *Sławinek* Dr. Olechowicz, *Truskawiec* Drowie Dekański, Steynhaus, *Zakopane* Dr. Kluczycki.

— Dowiadujemy się, iż prof. Mars z przyczyny zajęć w Uniwersytecie podobnie jak w roku zeszłym, także i w obecnym jak niemniej i na przyszłość w Krakowie na lato pozostaje i do Krynicy więcej wyjeżdżać nie będzie.

— Proff. Mars i Rydygier tudzież Drowie Aleksander Rosner i Józef Zoll, wszyscy z Krakowa, wzięli udział w odbywającym się temi dniami zjeździe ginekologów we Wrocławiu.

— JE. Pan Namiestnik Galicyi z W. Księstwem Krakowskiem dekretem z dnia 17. maja r. b. wyraził Drowi Stanisławowi Ponikle, lekarzowi powiatowemu krakowskiemu i docentowi Uniwersytetu Jagiellońskiego zupełne uznanie „za poświęcenia pełne, gorliwe i skuteczne działanie celem zwalczania i pokonania cholery w r. 1892“ podnosząc przedewszystkiem „iż tenże na jednym z najbardziej zagrożonych posterunków i w sytuacyach najtrudniejszych do opanowania potrafił pogodzić nieodzowną w takich razach sprężystość z roztropną i wytrawną oględnością wobec słusznych żądań i życzeń kół szerszych, zdołał pozyskać zaufanie drugich i nakłonić ich do pożądanego współdziałania i w ten sposób szczerze i trafnie popierał skuteczne usiłowania i zabiegi władzy“.

— Z prac w *Przeglądzie lekarskim* ogłaszanych zdawać będą sprawę w *Annual of the Universal Medical Sciences* Drowie J. Drzewiecki w Warszawie i K. Szadek w Kijowie.

— W zeszycie z listopada 1892 *Archives de médecine el pharmacie militaire* ukazała się praca o samobójstwach w armiach europejskich. Najwięcej samobójstw zdarza się w armii austro-węgierskiej, bo średnio w ostatnich sześciu latach rocznie po 131 na 100000. W armii niemieckiej waha się liczba samobójstw od 61 do 67 na rok i 100000. Odpowiednie liczby wynoszą dla armii włoskiej 40, dla armii francuskiej w Europie tylko 29, w Afryce 63, dla belgijskiej 24, dla angielskiej 23, (w Indyach wschodnich jednak 48), dla rosyjskiej 20 a dla hiszpańskiej 14. We wszystkich armiach z wyjątkiem austro-węgierskiej liczba samobójstw zmniejsza się powoli, lubo statecznie.

Najwięcej samobójstw we wszystkich armiach z wyjątkiem angielskiej zdarza się między rekrutami i to mianowicie w Niemczech w pierwszym roku służby, w Austrowęgrzech w pierwszem półroczu. W armii angielskiej najwięcej jest samobójstw u żołnierzy, którzy wysłużyli już po 10 lat we wojsku. Między oficerami są samobójstwa stósunkowo dwa razy częstsze, niż między żołnierzami. Uderzającą jest rzeczą, że prawie we wszystkich armiach najwięcej zdarza się samobójstw w oddziałach pociągowych. Średnie miejsce zajmuje piechota.

Najczęstszym sposobem (w armii francuskiej i niemieckiej w 50%, w austro-węgierskiej od 70—80% przypadków) odebrania sobie życia jest użycie broni palnej, po nich utopienie lub powieszenie się. Wszędzie wzrasta liczba samobójstw przez rzucenie się pod koła pociągów kolei żelaznej. Najwięcej samobójstw bywa w czerwcu i lipcu, najmniej w styczniu. — Na pytanie, czy samobójstwo bywa w armiach pospolitszem, niż między ludnością cywilną, odpowiedź jest bardzo trudna, jeżeli ma być całkiem dokładna. Najpodobniej do prawdy nie ma wielkiej różnicy.

— Anglik James Jackson obliczył średnią chyżość 300 rozmaitych rodzajów ruchu według dzieł najlepszych i dat najnowszych; wyjmujemy z nich następujące daty wyrażone w metrach i w sekundzie:

Wzrost paznogci u palców	0 000000002
Chyżość ciałek krwi czerwonych w naczyniach włosowatych siatkówki u człowieka	0·00075
Ruch ślimaka	0·0015
Średnie podnoszenie się idącego po schodach	0·15
Ślizgający się na łyżwach	12·14
Welocypedysta przebiegający kilometr w 80 sek.	12·50
Pociąg pospieszny o chyżości 60 kilometrów w godzinie	16·67
Początkowa chyżość kuli z karabinu leblowskiego lub mannlicherowskiego	620
Początkowa chyżość kuli działowej	1013
Chyżość prądu elektrycznego w kablu	4000000
„ „ „ w drucie w powietrzu	36000000
Chyżość rozbrojenia się flaszki lejdejskiej w drucie miedzianym o 0·0017 metra średnicy	463500000

— **Konkurs.** Posada lekarza w szpitalu żywieckim. Pensya roczna 500 złr. Wymaga się prócz stopnia doktora wszech nauk lekarskich praktyki szpitalnej przynajmniej dwuletniej i dowodu, że kandydat jest operatorem tudzież że był lekarzem pomocniczym oddziału chirurgicznego w jednym ze znaczniejszych szpitali. Podania wnosić należy do dnia 10. czerwca r. b. do Wydziału powiatowego w Żywcu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 3. Czerwca 1893. Nr. 22.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Z kazuistyki sądowo-lekarskiej.

Usiłowanie morderstwa i samobójstwo.

Podał

Dr. Józef Bogdanik,
prymaryusz szpitala pow. w Białej.

J. K., inkwizyt sądu powiatowego w Białej, podczas rozdawania obiadu ugodził dozorcę więzienia nożem w piersi tak, że tenże się wywrócił, a następnie wybiegł z kaźni na ulicę i biegł w stronę Lipnika. Za nim natychmiast puściła się pogoń, która go już po kilkuminutowym biegu dopędzała. Gdy zbrodniarz goniących już czuł nad sobą, zboczył z drogi na lewo przez małą rzeczułkę, z której koryta porwał kamień. Teraz biegnąc drogą pagórkowatą ostrzył sobie na porwanym kamieniu nóż trzymany w dłoni i odgrażał się napastnikom a gdy go ci już doganiali, odwrócił się, krzyknął „no! macie mnie!" i szybkim ruchem ręki prawej poderznął sobie gardło, poczem runął na ziemię odrazu krwią zalany i ani drgnął. Przy sekcyi zwłok dokonanej w dniu 25. kwietnia 1892 r. znaleziono stan następujący:

1) Zwłoki mężczyzny około lat 32 liczącego, wzrostu słusznego, silnie zbudowanego i dobrze odżywionego. Są one ubrane w kamizelkę i spodnie kortowe brunatne, przepasane paskiem skórzanym. Pod ubraniem tem jest druga para jaśniejszych spodni i biała koszula katunowa. Ubranie zewnętrzne jest bardzo powalane krwią zaschłą, której obfite ślady widać na rękach i stopach tak po stronie grzbietowej, jakoteż dłoniowej, względnie podeszwowej.

2) Głowa porosła jest krótko strzyżonym włosem barwy ciemnoblond. Takiej barwy są brwi, rzęsy i broda półkrótko podstrzyżona.

3) Rogówki nieco zmętniałe; przez nie przeświecają tęczówki niebieskie. Źrenice są małe, okrągłe i równe; spojówki uderzająco blade. Błona śluzowa warg blada, zęby zaciśnięte, jama ust próżna.

4) Na przedniej powierzchniszyi widać tuż na granicy porostu włosów niemal poziomo przebiegającą ranę na 15 ctm. długą i to tak, że koniec prawy rany o ½ ctm. niżej stoi, aniżeli lewy. Lewy koniec rany zaczyna się kończysto na samym brzegu mięśnia kapturowego (*musc. cucullaris*), stanowiąc tylko liniowe zadraśnięcie skóry. Rana następnie coraz bardziej się pogłębia, przecinając gładko całą skórę, lewy mięsień mostko-obojczykowo-sutkowy w całości, dalej tchawicę ponad chrząstką tarczykową w całej grubości i kończy się blizko tylnego brzegu prawego mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego, którego przednie i wewnętrzne dwie trzecie części przecina w poprzek. Brzegi rany w samym środku szyi odstają od siebie na 7 ctm., w środku rany wystaje ponad dolną jej powierzchnię krtań a po obu jej stronach mocno ku dołowi ściągnięte mięśnie mostko-obojczykowo sutkowe. Na górnej powierzchni rany widać w środku rozwartą jamę.

5) Po zdjęciu ubrania widać w dołku półksiężycowym mostka skrzep krwi wielkości czworaka, od którego wąziutki pasek skrzepłej krwi ciągnie się przez lewy dołek nadobojczykowy tuż obok obojczyka i równolegle do niego aż ku tylnemu brzegowi lewego mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego.

Pomiędzy obojczykiem a lewą kością ramieniową widać pasek skrzepów na 6 ctm. długi a ½ ctm. szeroki. Oprócz tego widać na przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzucha aż po pas bardzo nieliczne ślady krwi, które są niejako odciskami fałdów koszuli nieco poplamionej. Na tylnej powierzchni ciała widać nieliczne plamy pośmiertne i skąpe ślady krwi na tyłogłowiu, na karku i lewej małżowinie usznej.

6) Innych śladów uszkodzenia, w szczególności na palcach rąk niema.

7) Po zdjęciu czepca i odpiłowaniu sklepienia czaszki opony twarde z trudnością dały się oddzielić od kości. Kości twarde, szwy niepozrastane.

8) Mózg razem z móżdżkiem waży 1500 gramów; na przekroju okazują się liczne punkciki krwawe.

9) Po oczyszczeniu rany na szyi pokazuje się, iż w tem samem poziomie w całej grubości przecięty jest przełyk. Nagłośnia odcięta, wysoko w górę pociągnięta razem z kością gnykową. Po lewej stronie przeciętą została żyła i tętnica szyjna (*carotis*) w odległości centymetra powyżej swego podziału na ramię wewnętrzne i zewnętrzne razem z nerwem błędnym i przeponowym. Małe nacięcie widać na mięśniu skośnym (*scalenus anticus*). Po stronie prawej drąży cięcie niemal przez całą grubość mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego, z którego pozostał tylko wąziutki skrawek tylny.

10) W tchawicy, jakoteż w grubszych oskrzelach widać nieco płynnej krwi, w przełyku tylko śluz.

11) Lewe płuco przyczepione do klatki piersiowej; prawe płuco wolne na przekroju zalewa się cieczą pienistą, krwawą.

12) Serce wielkości prawidłowej; w komórkach nieco płynnej krwi.

13) Wątroba kształtu raczej nerkę przypominającego, torebka napięta, lewy płat zanikły tak, że go ledwie ślad widać. Na przekroju nie widać nic nieprawidłowego.

Śledziona nieco powiększona, torebka pomarszczona, na przekroju barwy czekoladowej.

14) Żołądek, jelita i kiszki zawierają treść prawidłową.

15) Nerki prawidłowej wielkości; torebka schodzi gładko na przekroju; dokładnie odgranicza się istota korowa od rdzennej.

Pęcherz moczowy próżny.

Wynik oględzin pośmiertnych nie pozostawił żadnej wątpliwości, iż denat umarł wskutek poderznięcia gardła. Inna rzecz atoli, czyby z protokółu oględzin wykluczyć można morderstwo, jeżeli się zważy, iż łatwiej przyjąć je można, jeżeli rana poprzeczna symetrycznie przebiega po obu stronach i jedno, jedyne znalezione cięcie drąży tak głęboko. Skóra bowiem gładko przeciętą została a w tym samym poziomie tchawica, przełyk, naczynia szyjne, oba mięśnie mostko-obojczykowo-sutkowe a nawet mięsień skośny lewy został nacięty. Przemawiać to powinno za morderstwem dokonanem jednem cięciem z wielką siłą i to narzędziem bardzo ostrem. Tymczasem w niniejszym przypadku sprawdzono niewątpliwie samobójstwo i to narzędziem wcale niepokaźnem. Był to zwyczajny kozik, t. j. nóż składany, którego ostrze żelazne na $7^1/_2$ ctm. długie a w najszerszem miejscu na $2^3/_4$ ctm. szerokie, osadzone jest ruchomo na rękojeści drewnianej na 9 ctm. długiej. Ostrze kozika, jak na początku wspomniałem, samobójca umykając przed pogonią ostrzył na kamieniu rzecznym.

Przypadek niniejszy poucza nas tedy, iż w przypadkach śmierci przez poderznięcie gardła należy być bardzo oględnym, do czego zresztą nawołuje medycyna sądowa.

Motywem samobójstwa była obawa przed karą. Zbrodniarz ugodziwszy dozorcę więzienia nożem w piersi tak, że tenże się przewrócił, sądził niewątpliwie, iż go zamordował, za co go czekała kara śmierci przez powieszenie; pozbawił się tedy życia i tak niemającego żadnej wartości. Dozorca tymczasem poniósł tylko lekkie uszkodzenie ciała, bo gruby surdut mundurowy, takaż kamizelka i koszula wstrzymały siłę pchnięcia.

Co do charakterystyki samobójcy dodać winienem, iż to był przystojny, silnie zbudowany mężczyzna w 32. roku życia; ukończył szkoły miejscowe, lecz robić mu się nie chciało. Włóczył się po Białej i najbliższej okolicy, był częstym gościem w więzieniu i sam o sobie mówił, iż klątwa na nim ciąży, bo pochodzi z kazirodnego związku rodzonej matki z rodzonym dziadkiem.

Dla ciekawości odpreparowałem czaszkę jego i pokazało się, iż jest idealnie rozwiniętą. Wszystkie zęby w liczbie 32 zdrowe. Dołki, wyrostki, kanaliki na kościach pięknie wykształcone; dość wspomnieć, iż wyrostek kolczasty (*proc. styloideus*) lewy ma 5 ctm. długości a prawy nawet $5^1/_2$ ctm. i składa się z dwóch części, stawowato z sobą złączonych. Żadnych nieprawidłowości ani w mózgu ani też w kościach nie spostrzeżono.

II. W sprawie podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych jak również i resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Podał
Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

II. Resekcya obu tętnic kręgowych; resekcya prawego nerwu współczulnego.

L. F., lat 38, trafikant ze Suchy, żonaty od 15 lat, ojciec 3 dzieci. Od 8 lat miewa napady padaczkowe. Pierwszego napadu dostał z przestrachu przed pożarem w nocy, poczem napady powtarzały się mniej więcej co miesiąc, a nadto między niemi występywały małe napady objawiające się zawrotem głowy, osłupieniem ócz, zgrzytaniem zębami, utratą chwilową przytomności. przytem mógł się utrzymać na nogach Napady małe trwały około minutę, wielkie około 10 minut i powtarzały się czasem co godzinę, przez przeciąg jednej doby. W ostatnich czasach miewa po wielkich napadach bardzo często małe napady, osobliwie w pierwszych dniach po wielkich napadach (do 10 razy na dobę). Napady są typowe: utrata przytomności, kurcze kloniczne wszystkich odnóg, osłupienie ócz; język miewa pokąsany. Po napadzie jest nieprzytomny i popada w kilko godzinny sen.

Badanie w dniu przyjazdu chorego 24. stycznia 1889: czaszka prawidłowo zbudowana, nie ma ani blizn na głowie, ani zaklęknienia na czaszce. Ze strony narządów wewnętrznych nie ma nieprawidłowości.

Dnia 27. stycznia 1889 przystąpiono do resekcyi obu tętnic kręgowych i nerwu współczulnego prawego przy łaskawej asystencyi Drów Gluzińskiego, Gostyńskiego, Piseka i Sochańskiego. Najpierw resekowano tętnicę lewą. Cięcie długie na mniej więcej 12 cm. Żyłę szyjną dotwarzową, grubości palca małego, odciągnięto hakiem ku tyłowi. W drodze do tętnicy zraniono kilka mniejszych tętniczek i podwiązano, przyczem przez pomyłkę uchwycono w kleszczyki gałązkę należącą do splotu ramiennego (*plexus brachialis*). W tej chwili tętno dotąd wolne przyspieszyło się znacznie, najpierw do 120 a za chwilkę do 160 uderzeń na minutę. Po usunięciu kleszczyków hemostatycznych ze splotu ramiennego tętno natychmiast opadło do

liczby 60 uderzeń na minutę. Odszukanie tętnicy kręgowej przedstawiało znaczne trudności, ponieważ tętnica tarczykowa dolna, grubości pióra gęsiego, przebiegała przed nią na poprzek i trzeba ją było odciągnąć hakiem tępym ku wewnątrz a tętniczki od niej odchodzące podwiązać, powtóre, ponieważ tętnica kręgowa leżała bardziej na zewnątrz, niż zazwyczaj, t. j. prawie w linii pionowej poprowadzonej od *tuberculum caroticum*, które było bardzo słabo rozwinięte i trudne do wymacania. W drodze do tętnicy prawej wstawiła się w ranę żyła szyjna zewnętrzna, nieprawidłowo dwoma pniami łączącymi się przebiegająca i bardzo gruba. Pomiędzy tymi pniami wkroczono palcem wskazującym i na tępo oddzielono pochwę naczyniową od mięśnia pochyłego przedniego. Na pochwie naczyniowej z łatwością dał się odszukać główny pień nerwu współczulnego, wraz ze zwojami środkowym i dolnym. Tętnica kręgowa znajdowała się tu również za mocno pokręconą, grubą tętnicą tarczykową dolną, poprzecznie przebiegającą, i dała się łatwo odszukać, oddzielić i resekować w długości 2½ cm. Wreszcie resekowano kawałek nerwu współczulnego na długości 6—7 cm., wraz z dwoma dolnymi zwojami szyjnemi. Rany drenowano, szwy i opatrzenie, jak w pierwszych przypadkach.

Chorego tego przedstawiłem na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 9. lutego 1889 i okazałem wycięty kawałek nerwu współczulnego[1]), na posiedzeniu zaś tegoż towarzystwa w dniu 23. lutego 1889 miałem wykład o objawach spostrzeganych u tegoż chorego po resekcyi nerwu współczulnego[2]).

Przebieg po operacyi był następujący: Źrenice obie zwęziły się zaraz po podwiązaniu odpowiednich tętnic.

Dnia 27. stycznia wieczorem tętno 92, ciepłota 37·5. Chory nie ma żadnych bólów; bezsenność. Ordynacya: krople morfinowe.

Dnia 28. stycznia wieczorem tętno 88, ciepłota 38·0; uskarża się na ból przy połykaniu; morfina podskórnie.

Dnia 29. stycznia wieczorem tętno 88, ciepł. 37·4. Spostrzegł znaczne ślinienie w ciągu dnia. Prawa strona języka za najlżejszem dotknięciem bolesna i znacznie obrzmiała. Nadto dostrzegłem nieznaczne zaczerwienienie policzka i ucha po stronie prawej.

Dnia 30. stycznia wieczorem tętno 88, ciepłota 37·8.

Dnia 31. stycznia zmiana opatrzenia; *prima intentio* z wyjątkiem miejsc dla drenów, które usunięto.

Dnia 1. lutego stan bezgorączkowy; znaczne ślinienie utrzymuje się; język mniej bolesny i mniej obrzmiały.

Dalszy przebieg był następujący: rany zgoiły się *per primam*, obrzęk języka i ślinienie ustąpiły w przeciągu dwóch tygodni po operacyi.

Według doniesienia Dra G a w l i k a ze Suchy już dnia 26. lutego t. j. w miesiąc po operacyi (a w 7 tygodni od ostatniego napadu) miał jeden mocny a 11 słabych napadów, poczem jeszcze przez cały następny tydzień, występywały napady. Otoczenie chorego twierdzi, że obecnie początkowe napady były daleko gwałtowniejsze, aniżeli poprzednio i że chory po nich przez cały tydzień krew odpluwał. Badanie nie wykryło jednak żadnych zboczeń ani w narządzie krążenia ani oddychania. Dalsze wywiady listowne wykazały, że napady powtarzają się jak przed operacyą.

[1]) Patrz *Przegląd lekarski* 1889 Nr. 17 str. 214.
[2]) Patrz *Przegląd lekarski* 1889, Nr. 18, str. 226 i 227.

W miejscu tem uważam za stósowne poruszyć niektóre spostrzeżenia fizyologiczne i anatomiczne zrobione w opisanych powyżej przypadkach. Jak z historyi choroby pierwszego przypadku okazuje się, wystąpiły w dwa dni po resekcyi tętnicy kręgowej prawej, w dwa tygodnie po resekcyi tętnicy lewej objawy mózgowe podobne do objawów występujących czasem po podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej (*carotis communis*) a mianowicie niedowład obu kończyn prawych i nerwu twarzowego prawego. Objawy te miały zmniejszać się stopniowo i ustąpiły trwale po dwóch miesiącach. Po obustronnem podwiązaniu tętnic kręgowych mogę zatem wystąpić niezgodne z dotychczasowemi zapatrywaniami się[1]) objawy mózgowe.

W przypadku tym tętnice kręgowe (grubości gęsiego pióra) musiały być bardziej rozwinięte, niż szyjne domózgowe (*carotides internae*), anastomoz tętnic kręgowych musiało być mało a w zakresie lewej połowy koła tętniczego (*circulus arteriosus Willisii*) powstał zator na znaczniejszej przestrzeni, który wywołał zboczenia w odżywieniu tej części korowej mózgu a tem samem niedowład po stronie prawej. W przypadku tym usłyszeliśmy podczas obydwu operacyj wypuklanie się opłucny ku jamie nadobojczykowej i mocny szmer trzeszczący podczas każdego wdechu wskutek obnażenia opłucny (szmer płucny). Zranienie opłucny jest więc przy tym zabiegu możliwem, jeżeli górny załamek opłucny sięga zbyt wysoko. Prawdopodobnie dzieje się to miejsce tylko u osób krępych z krótką szyją, jak w naszym przypadku. Na okoliczność tę zwracają uwagę także B e r n a y s[2]) i J a k s c h[3]) w swoich pracach.

W przypadku tym operacya pod względem technicznym była bardzo trudna i musiałem ją wykonać w dwóch posiedzeniach z powodu krótkości szyi i rozwoju jej mięśni, z powodu wóla i znacznej głębi, w której znajdywała się tętnica.

W przypadku drugim muszę zwrócić uwagę na następstwa wycięcia nerwu współczulnego. Następstwa te były zrazu podobne do następstw podwiązania tętnic kręgowych a mianowicie wystąpiło zwężenie źrenic odpowiednich zaraz po resekcyi tętnic, utrzymujące się przez czas pobytu chorego we Lwowie przez dwa tygodnie. Nadto dostrzegłem nieznaczne zaczerwienienie policzka i ucha po stronie prawej przez kilka dni po operacyi się utrzymujące, od 2-go dnia po operacyi niezwykłą bolesność i obrzmienie języka po stronie operowanej, (osobliwie w częściach przybrzeżnych) i nadzwyczaj znaczne ślinienie. Bolesność i obrzmienie języka zmniejszały się stopniowo w przeciągu dwóch tygodni, ślinienie zaś utrzymywało się aż do odjazdu chorego w dwa tygodnie po operacyi. Tożsamość nerwu współczulnego w tym przypadku stwierdził Prof. Dr. K a d y i dokładnem zbadaniem drobnowidowem wyciętego kawałka i wykazaniem w nim charakterystycznych komórek zwojowych.

Zwrócić również muszę uwagę na ciekawe spostrzeżenie fizyologiczne w tym przypadku podczas operacyi. Gdy przez pomyłkę uciśnięto kleszczykami gałąź należącą do splotu ramiennego (*plexus brachialis*), w tej chwili tętno do-

[1]) Porównaj Julius C o h n h e i m: Vorlesungen ueber allgemeine Pathologie II. Aufl. 1882, I. Band. str. 123.
[2]) l. c.
[3]) l. c.

tąd wolne, przyspieszyło się do 160 uderzeń na minutę. Po usunięciu kleszczyków ze splotu ramiennego tętno spadło natychmiast do 60 uderzeń na minutę. Spostrzeżenie to przemawiałoby za tem, że gałązki nerwowe przyspieszające ruchy serca (N. N. *accelerantes)* przebiegają nie tylko w nerwie współczulnym, ale otaczają także splot ramienny. Przypuszczenie to dałoby się naturalnie rozstrzygnąć tylko za pomocą doświadczeń; w tem miejscu notuję tylko jednorazowe spostrzeżenie.

Po mnie próbowali niezależnie odemnie Rudolf Jaksch i Bogdanik leczyć padaczkę przez zabiegi wykonane na nerwie współczulnym. Rudolf Jaksch [1]) wychodząc z tego samego zapatrywania się, co i ja, wykonał blisko w rok po mnie (8. grudnia 1889) podobną operacyę w przypadku padaczki samoistnej u młodego mężczyzny. Jaksch podwiązał tętnicę kręgową prawą w czambuł *(en masse)* i przeciął po tej samej stronie nerw współczulny, poniżej zwoju szyjnego dolnego. Celem przeszkodzenia zrośnięcia się końców przeciętego nerwu, górny koniec jego odwinął Jaksch ku górze. Wynik w tym przypadku był dobry, gdyż po roku od czasu operacyi nie wystąpił żaden napad. W podobny sposób operował Jaksch później drugiego chorego również z dobrym wynikiem, gdyż przez 8 miesięcy od czasu operacyi, chory nie miał napadu. Zwiastuny choroby objawiały się u obu chorych Jakscha przypadami ze strony narządu trawienia; w pierwszym uczuciem gniecenia w dołku żołądkowym, czasami wymiotami, w drugim nieprzyjemnem uczuciem w brzuchu, mdłościami.

Jaksch przypuszcza, że w obu jego przypadkach rozchodziło się o padaczkę odruchową, wywołaną przez zadrażnienie obwodowych gałęzi nerwu współczulnego.

Bogdanik [2]) wyszedł również z podobnego zapatrywania się, co ja i Jaksch, i dnia 24. listopada 1892 wyciął u 16-letniego epileptyka zwój środkowy nerwu współczulnego prawego. Wynik na razie jest dobry, ale czas obserwacyi w tym przypadku jest stanowczo za krótki (3 miesiące).

Mojem zdaniem ani w przypadku Jakscha ani Bogdanika nie można sobie wyrobić zdania co do skuteczności zabiegu, gdyż czas obserwacyi w ich przypadkach jest za krótki, osobliwie w przypadku Bogdanika. Wynik na razie dobry, uderza w przypadku Jakscha. W moim przypadku zabieg tak znaczny: resekcya obu tętnic kręgowych i jednostronna resekcya nerwu współczulnego na znacznej długości nie odniósł żadnego wpływu na dalszy przebieg padaczki i po upływie przeszło 4 lat od czasu operacyi stan chorego nie polepszył się.

Nawiasowo muszę tu wspomnieć o doświadczeniach wykonanych na psach z podwiązaniem tętnic kręgowych i szyjnych domózgowych, które przedsiębrał chirurg wojskowy rosyjski baron v. Krüdener [3]). Krüdener wybrał do doświadczeń psy z powodu podobieństwa anatomicznego tętnic odżywiających mózg u tych zwierząt z układem naczyniowym mózgu u człowieka. Po podwiązaniu obu tętnic kręgowych i obu szyjnych domózgowych zwierzę zdychało następnego dnia. Obie tętnice kręgowe i jedną szyjną domózgową można jednak podwiązać bez niebezpieczeństwa dla życia zwierzęcia. Krüdener trepanował naprzód czaszkę, w zakresie ognisk ruchowych (motorycznych), otwierał oponę twardą i badał pobudliwość ognisk ruchowych za pomocą prądu indukcyjnego. Do tego używał prądów najsłabszych, które mogły wprawić w ruch łapy przednie, i po krótkim czasie otrzymywał napad padaczkowy; przytem zapisywał czas działania i moc prądu. Znieczulając zwierzęta morfiną podwiązywał następnie tętnicę kręgową, pomiędzy tętnicą podobojczykową a mięśniem pochyłym przednim (*scalenus anticus*). W razie przypadkowego zranienia opłucny, co się często zdarza a co objawiało się głębokimi oddechami, ginęły zwierzęta na ropne zapalenie opłucny. Po podwiązaniu tętnic kręgowych nie następywało ani porażenie powiek, ani zwężenie źrenic (!); zwierze było w stanie chodzić, jakkolwiek tylne kończyny były osłabione. Osłabienie tylnych kończyn przypisywał K. po części wpływowi morfiny, po części umocowaniu zwierzęcia przez dłuższy czas (przeszło godzinę) w położeniu nienaturalnem. Po podwiązaniu obu tętnic szyjnych domózgowych, mózg stawał się bledszym i można było przekonać się o zapadaniu się jego do jamy czaszkowej; skóra czaszki była zimna za dotknięciem się, źrenice były zwężone, pies mógł chodzić i nigdy nie okazywał oznak przytępienia intelligencyi. U psów, u których podwiązał obie tętnice szyjne domózgowe, występywało zazwyczaj miąższowe zapalenie rogówki (*keratitis parenchymatosa*), jakkolwiek często dopiero po upływie pewnego czasu. W jednym przypadku jednak, w którym podwiązał jedną tętnicę kręgową i obie szyjne domózgowe, zapalenie rogówki wystąpiło już następnego dnia. W innym przypadku, w którym podwiązał obie tętnice kręgowe i obie szyjne domózgowe, zwierzę zaledwie mogło chodzić a tylne kończyny były znacznie osłabione; przy badaniu wziernikiem dna oka, tętnice okazały się zwężone, żyły rozszerzone a żółtozielony odblask od makaty czarnej (*tapetum nigrum)* był zastąpiony czarną plamą. W żadnym przypadku nie stwierdzono napadu padaczkowego w następstwie podwiązania naczyń. Po pewnym czasie zwierzęta operowane zabijano, naczynia nastrzykiwano i starannie wykonywano nekroskopię. We wszystkich przypadkach przekonano się, że krążenie wyrównywało się po upływie pewnego czasu; nawet naczynia podwiązane były zwężone tylko w nieznacznej długości, naczynia łączne były natomiast odpowiednio rozszerzone. Było więc rzeczą jasną, że pobudliwość mózgu mogła tylko na krótki czas uledz zmianie, nawet po podwiązaniu 3 lub wszystkich 4 naczyń zaopatrujących go. Krüdener wnosi z tego, że czasowe polepszenie po podwiązaniu tętnic kręgowych u osób na padaczkę cierpiących, jest po części skutkiem upustu krwi podczas operacyi, po części zaś skutkiem psychicznego wpływu operacyi. Na potwierdzenie tego zapatrywania się, przytacza on kilka przypadków a między innymi Tissota i Maclarena, w których różne operacye wpłynęły korzystnie na padaczkę, jakoteż Férégo skuteczne leczenie 10-ciu przypadków padaczki przez kilkakrotne użycie żelaza rozpalonego. Krüdener uważa padaczkę za chorobę sposobem chirurgicznym nieuleczną i uważa wszelkie zabiegi operacyjne tak na układzie nerwowym ośrodkowym, jakoteż na obwodowych częściach tegoż układu za bezskuteczne.

Wreszcie muszę wspomnieć o ciekawej modyfikacyi operacyi W. Alexandra przez Dra Chalota [1]) (z Tuluzy), który zaproponował z powodu niekorzystnych wyników po podwiązaniu tętnic kręgowych w padaczce następującą modyfikacyę tej operacyi. W jednym przypadku padaczki podwiązał najpierw na jednem posiedzeniu obie tętnice kręgowe; na drugiem podwiązał po jednej stronie tętnicę szyjną wspólną niezupełnie, t. j. zwęził jej światło pętlą jedwabną do połowy, w 3-cim zabiegu, w tydzień po 2-gim wykonanym, uczynił to samo z drugą tętnicą szyjną

[1]) l. c.
[2]) l. c.
[3]) Lancet 1890. Vol. I, str. 815.

[1]) Lancet 1892, Vol. II. str. 593, 594.

wspólną. Obecnie jeszcze nie może on stanowczo mówić o wyniku ostatecznym, ale stwierdził na razie polepszenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21.)

Przytoczone dotychczas prace streszczają w sobie w głównych zarysach wyniki badań lat ostatnich w zawsze jeszcze zagadkowej dziedzinie etyologii nowotworów rakowych. Poczynając od pierwszych spostrzeżeń nad obecnością pewnych tworów morfologicznych wśród komórek raka wzrastała z dnia na dzień ilość odnoszących się tu danych, którym nadawano rozmaite, częstokroć dość sprzeczne objaśnienie co do istoty tych tworów śródkomórkowych. Rzecz prosta, że przytoczone spostrzeżenia zarówno, jak i wysnute z nich wnioski, uległy ścisłej krytyce ze strony innych badaczów tembardziej, że zawierały punkty wątpliwe i słabe, które nieomieszkały też ściągnąć na siebie zarzutów. Z drugiej strony etyologia pasorzytnicza raka stanowi fakt tak wielkiej doniosłości w patologii, fakt, którego przyjęcie zmieniłoby zasadniczo teraźniejsze poglądy w nauce, że przeto dziwić się nie można jak największej ostrożności i najściślejszemu krytycyzmowi w ocenianiu zdobytych spostrzeżeń.

Jak widzieliśmy powyżej, jeżeli większość autorów godziła się na pasorzytnicze pochodzenie opisywanych przez siebie tworów w komórkach raka, to wielu z nich wyrażało jednak wątpliwość co do możliwości wykazania związku etyologicznego pomiędzy ich obecnością a rozwojem samej sprawy nowotworowej. Odmienne zupełnie stanowisko zajęli w tym względzie inni badacze.

Zdaniem Borrela [1]) nietrudno wytłómaczyć znaczenie tworów, podawanych za pierwotniaki, zupełnie bez pomocy hipotezy pasorzytniczej; a mianowicie są to albo wytwory wewnętrznego tworzenia się komórek (*endogene Zellbildung*); wtedy leżą wewnątrz komórki rakowej i składają się z pierwoszcza i jądra dobrze się barwiącego, albo też stanowią wynik zwyrodnienia szklistego składników komórki. Zarówno sceptycznie zapatrują się na pasorzytniczą przyrodę tworów śródkomórkowych Eberth [2]) i Klebs [3]). Zdaniem ostatniego obecności ustrojów samodzielnych dowieść można tylko przez wykazanie ich rozwoju. W tym celu wykonał on doświadczenia ze szczepieniem cząstek raka, zawierających owe kwestyonowane kule szkliste, lecz tylko w jednym przypadku u szczura przeszczepione komórki rakowe czas jakiś okazywały oznaki rozrostu; w tych zaś tworach kulistych żadnych zmian postępowych nie było.

Shattock i Ballance [4]) opisane przez Russela jako pasorzyty z grupy grzybków drożdżowych t. zw. ciałka fuksynowe w rakach, znajdywali zarówno w gruczołach limfatycznych gruźliczych, w migdałach błoniczych i we krwi żab i uważają je za szczególną postać skrzepnięcia białka, występującego niekiedy tylko w jądrze, niekiedy w całej komórce a nawet i na obszerniejszej przestrzeni tkanki.

[1]) Sur la signification des figures décrites comme coccidies dans les épithéliomes. Arch. de médec. experiment. 1890.

[2]) Ueber Einschlüsse in Epithelzellen. Fortschr. der Medic. 1890. 17.

[3]) Ueber das Wesen und die Erkennung der Carcinombildung. Deutsch. med. Woch. 1890, 32.

[4]) A short record of Work done on the pathology of cancer during last few years. Brit. med. Journ. 1891.

Inaczej na pochodzenie tych ciałek zapatruje się Klien [1]), który widział je w mięsakach, rakach, gruczolakach, torbielach, gruźlicy, nadnerczu i wątrobie; zdaniem jego ciałka fuksynowe w pewnych granicach identyczne są zupełnie z ziarnkami Altmanna zarówno co do wielkości, jak i zachowania się względem barwików. Lecz do wspólnej grupy tych ciałek zaliczył Russel i inne, które z niemi oprócz reakcyi fuksynowej, zdaniem Kliena, nic wspólnego nie mają.

Schütz [2]) spostrzegał, że czerwone ciałka krwi wynaczynione przenikały do wnętrza komórek rakowych i ich jąder, gdzie ulegały rozmaitym zmianom kształtu. One to przedstawiają niewątpliwie część domniemanych pasorzytów komórkowych; „sporocysty“ zaś autorów stanowią wynik zmian w leukocytach, jakim ulegają one wewnątrz starych komórek raka.

Wyniki, do jakich w badaniach swych doszedł Ribbert [3]), streścić się dadzą w tem jednem zdaniu, że wszystkie te opisywane twory nie są niczem innem, jak tylko wytworem zmian lub zwyrodnień komórek i ich jąder. Na szczególną uwagę zasługują zjawiska karyomitozy w jądrach równocześnie z postępem zmian wstecznych. Podział taki w jądrze odbywa się nieprawidłowo i albo nie dochodzi do końca, pozostawiając wielkie niekiedy zbiorowisko substancyi chromatynowej, która rozpada się później na części drobniejsze najrozmaitszych kształtów, albo też daje po podziale części nierówne, znacznie różniące się wielkością i własnościami. Na zasadzie takiej karyokinezy asymetrycznej oparł Hausemann swą teoryę bujania komórek rakowych, o której mówiliśmy wyżej.

Zupełnie podobne poglądy wyrażają Deatu i Fabre-Demergue [4]), którzy owe twory pasorzytnicze uważają za zmienione komórki nabłonkowe, ciałka zaś Russela za wynik fragmentacyi komórek. Pilliet [5]) widział komórki nabłonkowe zwyrodniałe, z jądrem ziarnistem, pierwoszczem i podwojoną otoczką takie, jak opisali Darier, Wickham i Albarran jako *coccidia*, w grasicy i napletku noworodka, tam więc, gdzie nie można myśleć o obecności kokcydy. Według Cazina [6]) są to zwyrodniałe nabłonki o otoczce zgrubiałej i błyszczącej i skurczonem pierwoszczu; inne zagadkowe twory, odznaczające się bogactwem chromatyny, stanowią wytwór nieprawidłowego przebiegu karyokinezy. Gdyby to miały być pasorzyty, to musiałyby okazywać mnożenie się, równolegle idące do wzrostu nowotworu, czego dostrzedz nie można.

Noeggerath [7]) na podstawie wypróbowanych przez siebie sposobów barwienia preparatów raka, wyraża przekonanie, że znajdywanie ciał obcych pasorzytniczych w komórkach nabłonkowych jest tylko złudzeniem, wynikającem z barwienia tkanki. Mianowicie w pewnym okresie rozwoju z jądra komórki rakowej wyosobniają się dwie części składowe, różnie zachowujące się względem barwików: jedna z nich barwi się czerwono, podczas gdy druga w tych samych warunkach przyjmuje zabarwienie niebieskie (*erythrophile* i *cyanophile Substanz*).

Tę ostatnią najczęściej uważają niektórzy autorowie za pasorzyt żyjący kosztem jądra. W dalszym ciągu jądro rozpada się, tworząc znaczną ilość ciał różnej wielkości i kształtu, rozsypujących się w pierwoszczu komórki. Takie jest głów-

[1]) Ueber die Beziehung der Russelschen Fuchsinkörperchen zu den Altmannschen Zellgranulis. Beitr. zur path. Anat. 1891, 1.

[2]) Ueber die protozoën — und coccidienartigen Mikroorganismen in Krebszellen. Münch. med. Wochenschr. 1890, 35.

[3]) Ueber Einschlüsse im Epithel der Carcinome. Deutsch. med. Woch. 1891, 42.

[4]) La semaine medicale, 1891, 11. Avril.

[5]) Sur quelques formes de dégénérescenses épithéliales rappelant les coccidies. Tribune médicale 1891 Juin.

[6]) Les sporozoaires. La semaine medic. 1891 Août.

[7]) Beiträge zur Structur und Entwickelung des Carcinoms. Wiesbaden 1892.

nie pochodzenie tych zagadkowych tworów pasorzytniczych. Duże postacie torbielowate, opisywane jako sporocysty (Sjöbring), uważa N. za wytwór zwyrodnienia komórek nabłonkowych, które niekiedy zlewają się ze sobą i mieszczą wewnątrz jąderka i cząstki chromatyny zaniklego jądra. Że nie są to rzeczywiste *protozoa*, przekonał się Noeggerath ostatecznie, porównywając je z prawdziwemi kokcydyami (*coccidium oviforme*) z wątroby królika, które barwił w sposób zupełnie taki sam, jak i preparaty raka. W jednym przypadku owrzodziałego raka skóry okolicy żołądkowej spostrzegał rzeczywiście pasorzyty pierwotniakowe w kształcie dużych tworów okrągławych o jednorodnem jądrze, lecz leżały one nie w komórkach rakowych, lecz zupełnie na zewnątrz w oddzielnej torebce, wypełnionej masą drobnoziarnistą.

(Dokończenie nastąpi.)

E. Machek: **Zdanie sprawy z ruchu chorych oddziału okulistycznego krajowego szpitala powszechnego we Lwowie za r. 1892 i z wykonanych w tym czasie operacyj.** Lwów 1893, 4-ka str. 14.

Ani szpital krakowski ani lwowski nie ogłaszają, o ile nam wiadomo, zdań spraw rocznych ze swych czynności. Dlatego z radością powitaliśmy zdanie sprawy z oddziału chorób ocznych szpitala lwowskiego a nie zawiedliśmy się w swem oczekiwaniu, iż znajdziemy w niem cały szereg ciekawych dat statystycznych, z których sfery właściwie powinnyby odpowiednie wysnuć wnioski. Podamy z nich najważniejsze.

Oddział szpitalny, o którym mowa, ma łóżek 92 w zimie a 80 w lecie. W oddziale stałym leczyło się 1177 chorych, w oddziale ruchomym 1478, razem przeto 2655, z czego przypada na mężczyn 1411 czyli 53·14%, na kobiety 1244 czyli 46·86%.

Oddział stały jest, jak na stósunki materyalne kraju, dobrze umieszczony i w służbę dostatecznie zaopatrzony. W miesiącach letnich, w których przypływ chorych bywa największy, czuć się atoli daje wielki brak miejsca. Średnio przypadało na chorego 28 dni leczenia, co jest daleko więcej, niż na Zachodzie Europy. Autor tłómaczy to wielką liczbą chorych na jaglicę (*trachoma*), którzy z powodu zaniedbania się przed wstąpieniem do szpitala potrzebują długiego leczenia. Knapp podaje za rok 1889 średnie trwanie leczenia 15 dni — Wicherkiewicz w Poznaniu za rok 1891 dni 24·66 a autor domyśla się, iż tam, podobnie jak we Lwowie, wpływa jaglica na to długie leczenie w szpitalu.

Porównywając wykaz chorób ocznych ze statystyką Krakowa ogłoszoną w roku 1884 przez autora widać znaczną różnicę co do chorób rogówki, refrakcyi i akomodacyi; choroby bowiem rogówki były we Lwowie o 7·22% częstsze, niż w klinice krakowskiej, co się da wytłómaczyć pospolitszem zaniedbaniem we Lwowie jaglicy, z której powstają choroby rogówki. Natomiast choroby refrakcyi i akomodacyi wynosiły w Krakowie 8·94%, we Lwowie tylko 1·00%, co autor wywodzi ztąd, że w wadach refrakcyi i akomodacyi szuka się pomocy w ambulatoryum a publiczność lwowska nie nawykła jeszcze szukać w niem pomocy i że przybory do oznaczania refrakcyi sprawiono dopiero w listopadzie 1882. (Różnica co do liczby umiejących czytać i pisać między Krakowem a Lwowem wynosi koło 10% na korzyść Krakowa, różnica w tej mierze między powiatem krakowskim a lwowskim najpodobniej do prawdy będzie o wiele znaczniejsza; może pokaże się, iż i ta okoliczność wpływa na wyższy procent wad refrakcyi w Krakowie, niż we Lwowie. *Przyp. spr.*).

Na 93 przypadków jaskry było 33 mężczyzn a 60 kobiet. Na 58 chorych cierpiących na niedrożność przewodu nosołzowego było 18 mężczyzn a 40 kobiet.

Na jaglicę leczono w oddziale stałym 459, w oddziale ruchomym 438 chorych, co stanowi 33·79% wszystkich przypadków leczonych. Liczby te wskazują, jak bardzo we wschodniej części kraju rozpowszechniła się ta prawdziwa plaga ludności mimo, iż przecie tylko mała liczba chorych szuka pomocy w szpitalu. Słusznie też powiada autor: „trzeba być okulistą, aby mieć pojęcie, jak dotkliwie ta choroba trapi społeczeństwo nasze. Chorzy stykając się ze zdrowymi roznoszą zaraźliwą chorobę po kraju, którą dość często napotykałem nawet w magnackich rodzinach. Traci się tysiące dni roboczych, tysiące idą na utrzymanie chorych w szpitalach i kalek ciemnych po gminach a często choroba ta podkopuje przyszłość najdzielniejszych ludzi i niszczy dobrobyt całych rodzin“.

Dlatego zaproponował autor, by w przyszłym roku urządzić na razie na trzy letnie miesiące próbny szpital barakowy do leczenia na świeżem powietrzu znaczniejszej o wiele, niż teraz, liczby chorych na jaglicę i zwraca uwagę na odnoszącą się do tej sprawy uchwałę ostatniego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Operacyj znaczniejszych wykonano w oddziale stałym 405, między niemi na soczewce 153. Z operacyj zaćmy zdał sprawę autor w roku bieżącym w *Przeglądzie lekarskim.*

Oto treść krótkiego, ale pełnego bardzo ważnych i interesujących szczegółów zdania sprawy, za które nie tylko my, ale i społeczeństwo wschodniej części kraju winniśmy być wdzięczni Sz. autorowi, do którego tylko tę zanosimy prośbę, by na przyszłość treści jego pracy lepiej odpowiadała forma typograficzna. *D.*

Jan Pruszyński: **Cholera** (etyologia, profilaktyka, terapia). Odbitka z *Gazety lekarskiej* 1892 r. Duża 8-ka. Warszawa 1892, str. 74.

Autor przytoczywszy w porządku chronologicznym zapatrywania się dawniejsze a obecnie przestarzałe, na istotę chorobotwórczą cholery, przedstawia wyczerpująco, dokładnie i krytycznie rzecz o biologii prątka przecinkowego, chemii jego produktów i o jego związku przyczynowym z cholerą, podając szczegółowo piśmiennictwo do tego się odnoszące. Dział ten pracy autora jest, rzec można śmiało, znakomicie napisany i daje jasny obraz na przedmiot według obecnego stanu nauki. Poczem opisawszy i oceniwszy zmiany anatomopatologiczne cholerze właściwe, zastanawia się nad kwestyą zakaźności i rozszerzania się cholery, tłómacząc rozwój i przebieg tej choroby właściwościami biologicznemi prątka przecinkowego, nadto gruntownie roztrząsa i poddaje umiejętnej krytyce zapatrywania się Pettenkofera, „których ze względu na ścisłość badań i udowodnione fakty pierwszorzędnego znaczenia, przenikalności gruntu i wahań w poziomie wody zaskórnej obecnie odrzucić nie można“, tudzież poniekąd pojednawcze między teoryą Kocha a Pettenkofera zapatrywania się Hueppego.

Nakoniec nakreśliwszy obraz kliniczny cholery, podaje wskazówki racyonalnej profilaktyki, przytaczając szereg dotychczasowych badań nad szczepieniem ochronnem i sposobami sprawienia odporności przeciw istocie chorobotwórczej cholery od Ferrana aż do najnowszych doświadczeń Klemperera i Haffkina i poświęca kilka uwag leczeniu cholery.

Pracę tę źródłowo, gruntownie a treściwie skreśloną można gorąco polecić każdemu, kto się chce obeznać ze współczesnym stanem nauki o cholerze. *Pon.*

Chirurgia.

W. Wagner: **Aseptyka w chirurgii polowej.**

(Sprawozdanie Dra Bogdanika.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21.)

Czy jednak aseptyczne opatrunki są racyonalne wobec doświadczeń Messnera, który strzelając do wyjałowionych puszek z żelatyną dowiódł, iż rany uważać należy przeważnie jako septyczne, zakażone. Nowoczesna chirurgia polowa uważała dotąd rany postrzałowe z góry za aseptyczne.

Wobec tego zaniechano szukania pocisków w ciele tkwiących spodziewając się, iż bez oddziaływania pozostaną w aseptycznym przewodzie postrzałowym, jeżeli się go nie dotknie nieczystymi palcami lub narzędziami, i rozróżniano rany badane (*befingerte*), zatem zanieczyszczone i niebadane (*unbefingerte*), t. j. czyste. Naukę o czystości ran postrzałowych potwierdzały wyniki lecznicze. Nasuwało się wprawdzie pytanie, czy pocisk nieprzyjacielski przeszywając zanieczyszczone ubranie ranionego bojownika, jakoteż skórę powalaną brudem, potem, pasorzytami i t. d., nie zakazi rany; podano jednakże w wątpliwość, czy w tych nieczystościach tkwią zarodki zakaźne. Co do ubrania zaś powołano się na doświadczenia Langenbecka, Bergmanna, Klebsa i innych, którzy sprawdzili, iż części ubrania wgoiły się bez oddziaływania.

(W tem miejscu pozwalam sobie zwrócić uwagę na pracę doświadczalną kol. Steuermarka. Na I. zjeździe chirurgów polskich wykazał on, iż zanieczyszczone kawałki sukna, bo z noszonych mundurów, wywoływały ropienie u psów i królików w mniejszym lub większym stopniu pomimo, że rany skórne przez rychłozrost były zgojone a więc wykluczone jest dostanie się szkodliwości od zewnątrz. Te same objawy, tylko gwałtowniejsze znalazł u zwierząt szczepionych suknem lub watą napojoną ropą; najsilniejsze ropienie zaś było u psów; nieraz podminowanie skóry i wypełnienie ropą sięgało aż na grzbiet a w jednym przypadku przyszło do przebicia na zewnątrz. Sukna wyjałowione i wata sterylizowana wgajała się bez wyjątku u psów i królików. Doświadczenia te wykazują dobitnie, że ciała obce są zdolne wywołać w ranach ropienie. *Przypisek sprawozdawcy*). Doświadczenia Steuermarka są zatem sprzeczne z wynikiem otrzymanym przez Fraenkla, które autor przytacza, t. j.:

a) iż ciała obce, które dostają się do rany, nie dają powodu do ropienia, lecz przeważnie wgajają się bez zboczenia miejscowego lub ogólnego;

b) to samo tyczy się ciał o powierzchni nierównej, które zatem łatwiej mogą być zanieczyszczonemi a zarazem stać się nośnikami wielu zarodków;

c) ciało obce tylko wtedy wywołać może miejscowe albo ogólne zboczenie, jeżeli doń przylegają zarodki w pewnym okresie zakaźności i dla dotyczącego gatunku zwierząt właściwej chorobotwórczości, albo jeżeli na tymże ciele obcem tkwią pewne chemicznie działające substancye, które po części chorobotwórcze mieć mogą własności.

Rany postrzałowe uważało się za aseptyczne i z tego względu, iż się pocisk rozgrzewa, jużto od ciepłoty wybuchającego prochu, którą Wuich oblicza na 2000 do 3000° C., jużto wskutek tarcia w lufie, jużto przy uderzeniu pocisku. Działanie ciepłoty wybuchającego prochu jest atoli tak krótkie, iż na ciepłotę pocisku żadnego może nie wywiera wpływu; pocisk natomiast niewątpliwie rozgrzewa się wskutek tarcia w lufie. Habart oblicza tę ciepłotę na przeszło 200° C., Reger na 220—240° C., Beck na 69 do 110° C. Przesąd ten, iż pocisk wskutek rozgrzania wyjaławia się, obalił Messner doświadczeniami, strzelając do puszek zawierających wyjałowioną żelatynę. Strzelając pociskami sterylizowanymi wyhodował, co najwięcej, kilka kolonij bakteryj niechorobotwórczych z powietrza; natomiast strzelając pociskami zakażonymi wyhodował odpowiednie bakterye, udowadniając tem, że kula zakażona ani przy wystrzeleniu ani też w ciągu lotu nie wyjaławia się.

Skoro więc ran postrzałowych nie można uważać za aseptyczne, przeto ściśle biorąc i o używaniu aseptyki podczas wojny mowy być nie może.

Po tych wywodach zastanawia się autor nad dotychczasowemi zasadami antyseptyki w czasie wojny. Zestawia pokrótce zdania Esmarcha, Mosetiga i innych o antyseptycznem opatrywaniu ran, którzy przedewszystkiem i to słusznie zalecają proszek jodoformowy, sublimat, karbol, radzą powstrzymywać się od dotykania ran palcami, instrumentami i t. d., wszystko rzeczy ogółowi lekarzy dobrze znane. Świetne wyniki osiągnięto tym sposobem podczas wojny serbsko-bułgarskiej mimo bardzo niedostatecznej pomocy. Śmiertelność u Mosetiga-Moorhofa w Belgradzie była 2·3%, Fillenbaum w Zofii stracił 2·7% a A. Fraenkel tylko 1·2%; wszystko wyniki dotąd nieznane.

Następnie omawia autor warunki aseptycznego gojenia się ran w polu. Wiadomo, iż już w czasach przedantyseptycznych zdarzały się przypadki, iż ciężkie rany postrzałowe kości zagoiły się aseptycznie. Strohmeyer, Pirogoff, Langenbeck, Volkmann, Fischer, Esmarch i inni opisali podobne przypadki. Wobec tego należy użyć wszystkich środków, aby w jak największej liczbie przypadków osiągnąć przebieg aseptyczny. W tym względzie urządzenia sanitarne wszech mocarstw jeszcze nie są takie, jak tego wymaga interes chirurgii polowej. Autor podnosi na pierwszem miejscu słusznie, iż naczelnikiem i duszą całej akcyi ratunkowej bezwarunkowo lekarze być powinni; pomocnicy zaś również bezwarunkowo podlegać muszą ich rozkazom.

W dalszym ciągu podaje autor postulata Mundego, które w streszczeniu powtarzam:

1) Pod dyrekcyą oficerów sztabowych ma się zabezpieczyć zakładanie i zwijanie stanowisk opatrunkowych i pierwszej pomocy, przez co lekarzom zajętym zabezpieczyć się ma potrzebny spokój.

2) Oświetlenie elektryczne pobojowiska w nocy a w dzień towarzyszyć muszą służbie w okolicy bagnistej i krzaczastej psy celem wyszukiwania rannych.

3) Pomnożenie i odpowiedni podział dobrze wyćwiczonego korpusu dla przewozu rannych. Podzielonym on być ma na trzy oddziały: *a*) dla oczyszczenia pobojowiska w dzień a szczególniej w nocy; *b*) wyłącznie dla przewozu z pobojowiska ku stanowiskom pierwszej pomocy i szpitalom polowym; *c*) dla ułożenia pewnej listy strat, który to oddział zarazem zająć się ma sprawdzeniem tożsamości zmarłych a później pogrzebem, jakoteż uprzątnieniem padłych zwierząt i pogubionych przedmiotów, wreszcie desinfekcyą pobojowiska.

4) Pomnożenie środków przewozowych, przedewszystkiem noszy i wozów dla rannych i kuchni. Należałoby również przez międzynarodowe porozumienie się znawców przyjąć jednolite przysposobienie przyborów sanitarnych. Tak przysposobione przybory mogłyby mocarstwa neutralne na żądanie wypożyczać stronom wojującym.

5) Osobno zorganizowany park wozów rezerwowych ma się znajdować opodal pobojowiska, aby był gotowym na wezwanie telegraficzne.

6) Założenie ruchomych baraków tak dla stanowisk pierwszej pomocy jako i szpitali polowych.

7) Zwerbowanie dobrze wyćwiczonych chirurgów polowych zaopatrzonych w konie, odpowiednie umundurowanie i zupełne zrównanie z walczącymi czyli z kombatantami.

8) Już w czasie pokoju należy założyć i dobrze wyposażyć szkołę chirurgiczną.

9) Założyć szkołę dla pomocników, posługaczy i posługaczek.

10) Wszystkie rozporządzenia tyczące się służby sanitarnej w polu należy odpowiednio zmienić, jakoteż rewizyi poddać opatrunki, narzędzia i t. d.

11) Zmienić przepisy o poborze do wojska z uwzględnieniem rozwoju fizycznego w rozmaitych prowincyach; poprawić żywność, lepiej umieszczać, dać lepsze obuwie i ubranie tak w pokoju jak podczas wojny.

12) Ułożyć międzynarodowy kodeks wojenny pod względem prawa dowódzcy, aby stósownie do okoliczności mógł zawrzeć specyalną konwencyę (umowę) w interesie rannych.

Dalszym warunkiem aseptycznego gojenia się ran jest, aby ubranie, jakoteż ciało żołnierza chronić od zanieczyszczenia. Przeprowadzenie tego jest trudne, bo ubranie w czasie wojny wnet napełnia się pasorzytami a wody częstokroć braknie do potraw. Z tem wszystkiem jednak starać się o to należy, aby żołnierz korzystał z każdej sposobności okąpania się a zapasy mydła w dostatecznej powinny być

ilości. Każdy żołnierz już w czasie wojny przekonanym być powinien, iż rany zadane na czystem ciele lepiej się goją aniżeli na brudnem; kto tedy o zdrowie swoje dba, i w czasie wojny o możliwą czystość będzie starać się.

Po tych wywodach omawia autor stósowanie aseptyki w polu, przytaczając zapatrywania się niektórych chirurgów w następujących kwestyach:

I. Desinfekcya rąk na stanowiskach opatrunkowych. Beck odpisał autorowi, iż już w czasach przedantyseptycznych ręce dokładnie mył mydłem potasowem i miał wyniki dobre; lepiej jednak jest obmyte i osuszone ręce natrzeć wyskokiem a następnie przez kilka minut zanurzyć w rozczynie sublimatu 1 : 1000. Narzędzia wkłada się na 5 minut do wrzącego rozczynu sody. Billroth wymaga, aby oczyszczenie rąk na stanowiskach opatrunkowych ile możności nie różniło się od postępowania w klinice; najdokładniejsze oczyszczenie mydłem i szczotką szczególniej zaułków podpaznogciowych i następowe opłukanie sublimatem. Esmarch zaleca energiczne mydlenie i wytarcie szczotką w gorącej wodzie i popłukanie lizolem lub podobnym środkiem. Fraenkel sądzi, iż nie trzeba będzie tak bardzo troszczyć się o desinfekcyę rąk, bo na stanowisku opatrunkowem będziemy mieli do czynienia z ranami świeżemi, nie ropiejącemi, zwłaszcza, jeżeli unikać będziemy niepotrzebnego dotykania się ran. Wobec tego wystarczy oczyszczenie rąk ciepłą wodą i mydłem. Gurlt doradza desinfekcyę rozczynem karbolu, zresztą wodą i mydłem. Kaszkaroff każe ręce w polu oczyszczać tak samo, jak podczas pokoju. W braku szczotek użyć można czystego piasku. Kölliker: mycie szczotkami lub piaskiem w ciepłym rozczynie sublimatu 1 : 1000. Körte: jeżeli wody poddostatkiem, mydła, wyskoku i sublimatu; w braku wody wytarcie wyskokiem, potem sublimat. Landerer i Lauenstein zalecają gorącą wodę, mydło, wyskok, sublimat. W ich braku trzeba improwizować. Mosetig-Moorhof oczyszcza najpierw mechanicznie paznogcie, potem myje ręce ciepłą wodą i mydłem za pomocą szczotki przez trzy minuty, później zanurza je w rozczynie sublimatu 1 : 1000 a brzegi paznogcia wyciera kawałkiem gazy jodoformowej zamaczanej w eterze lub wyskoku. Neuber każe lekarzom i posługaczom obmywać sobie ręce mydłem i wycierać włóknem drzewnem kilkakrotnie w wygotowanej wodzie, następnie mocno wytrzeć wyjałowionymi ręcznikami. Desinfekcyi rąk karbolem, sublimatem i t. d. zazwyczaj nie robi, chyba bezpośrednio po zanieczyszczeniu substancyami zakaźnemi. Rotter radzi dokładne mechaniczne oczyszczenie w roztworze mydła a następnie zmywanie mocnym roztworem roterynu (na litr wody 0·05 sublimatu, 0·25 soli kuchennej, 2·00 kwasu karbolowego, 5·00 chlorku cynku, 5·00 siarkokarbolanu cynkowego, 3·00 kwasu borowego, 0·6 kwasu salicylowego, 0·1 tymolu, 0·1 kwasu cytrynowego). Rydygier oświadcza, iż oczyszczenie rąk jest proste, jeżeli wody jest poddostatkiem, bo mydło i pastylki sublimatowe każdy lekarz może mieć w zapasie. Wystarczy mycie rąk przez 10—15 minut w ciepłej wodzie i opłukanie rozczynem sublimatu 1 : 1000. Zaułki podpaznogciowe najlepiej wytrzeć gazą jodoformową a rąk nie ucierać. Schimmelbusch kładzie główny nacisk na energiczne oczyszczenie rąk mydłem, wodą i szczotką; roztwór wodny sublimatu jest pożądany.

(Dokończenie nastąpi).

Otto Lanz: **Resekcya osteoplastyczna szczęki górnej według Kochera.**

Dostęp do jamy nosogardzielowej i jej sklepienia u podstawy czaszki, pomimo nader wielu podanych ku temu metod operacyjnych, bywa częstokroć nader trudny. Tyczy się to głównie tych przypadków, w których idzie o usunięcie nowotworów złośliwych, wychodzących z podstawy czaszki, gdzie zatem operacyę wykonać trzeba koniecznie jak najdokładniej i doszczętnie. Najodpowiedniejszemi w tym celu są sposoby operacyjne, otwierające dostęp od przodu przez wypiłowanie szczęki górnej zupełne lub nawet czasowe (Langenbeck), lecz mają tę ważną stronę ujemną, że pozostawiają znaczne zniekształcenie i oszpecenie twarzy. Tej wady nie ma sposób użyty w jednym przypadku przez Kochera, odznaczający się oprócz tego stosunkową prostotą i nie sprawiający tak ciężkiego uszkodzenia choremu. Przypadek ten tyczył się młodego chłopca, u którego wpół roku po wycięciu przez podniebienie miękkie (Maisonneuve) mięsaka jamy nosogardzielowej z podstawy czaszki nastąpił nawrót w postaci guza, wypełniającego znaczną część jamy i prawie zupełnie zatykającego otwory tylnych nozdrzy. W uśpieniu i położeniu z głową zwieszoną chorego wykonał Kocher operacyę w sposób następujący:

Od brzegu dolnego lewego otworu nosowego przeciął ku dołowi wargę górną, w miejscu przejścia błony śluzowej z dziąseł na wargę przeciął ją aż do kości poprzecznie nad wyrostkiem zębowym szczęki. Wtedy poczynając od brzegów zewnętrznych otworów nosowych wykuł szerokiem dłutem obiedwie kości szczęki górnej prawą i lewą powyżej wyrostków zębodołowych tak, iż otwarł jamy Highmora; po zatamowaniu krwotoku przez tamponowanie przeciął znów dłutem w linii brodowej wyrostek zębowy i całe podniebienie twarde, nożem zaś podniebienie miękkie. Wówczas można było za pomocą haków tak znacznie rozsunąć obiedwie połowy szczęki, że po wycięciu częściowem małżowin lewej połowy nosa widać było dokładnie nietylko całe wnętrze nosa aż do granicy górnej, lecz i całą jamę nosogardzielową i podstawę czaszki. Guz siedział na szerokiej podstawie na dolnej powierzchni kości czaszki zupełnie nieruchomy i dość znacznie za dotknięciem krwawiący. Za pomocą termokauteru wycięto go i odłuszczono od kości, poczem całą obszerną jamę wypełniono tamponem, zmoczonym w 2% rozczynie chlorku cynku. Wykute dłutem kości szczęki połączył Kocher szwem jedwabnym, zeszył przecięte części miękkie, wreszcie dla dokładniejszego zbliżenia złączonych części kości włożył pomiędzy szwy obydwóch szczęk tampon. Po sześciu tygodniach chory zupełnie wygojony poszedł do domu. Jedynym śladem widocznym po operacyi była wązka blizna na wardze górnej i trochę nierówne ustawienie rzędu zębów szczęki górnej. Wynik czynnościowy i kosmetyczny był zupełnie pomyślny, nawet nie ucierpiała nic mimika twarzy. (*Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie T. 35; str. 423.*) *Dr. Kryński.*

Terapia.

D'Aulnay: **Błękit metylenowy jako lek w różnych chorobach zakaźnych a szczególniej w zapaleniu pochwy wiewiórowem** (*vaginitis blenorrhoica*).

1) Stósowanie wewnętrzne. Doświadczenia własne autora odnoszą się:

a) do gruźlicy płuc. Autor twierdzi, wbrew zdaniu Althena, że tak w formie ostrej jak przewlekłej gruźlicy żadnych pomyślnych skutków z użycia błękitu metylenowego nie otrzymał. Gorączka nie ustępowała zupełnie. Jedyną zaletą tego środka miało być to, że kłócie w zapaleniu opłucny zupełnie miało ustępować;

b) w zapaleniu płuc błękit metylenowy okazywał tylko nieznaczny wpływ na opadnięcie gorączki. W plwocinach barwika nie można było wykazać, pomimo najskrupulatniejszych poszukiwań. Jedynie tylko ból znikał najdalej w 2 godziny po podaniu środka;

c) w wiewiórze cewki moczowej. Autor używał błękitu metylenowego u kobiet dotkniętych przewlekłym wiewiórem i wprawdzie nie otrzymał całkowitego wyleczenia, lecz znaczną poprawę. Dawka wynosiła od 0·5 do 1·00 na dzień. Przypadłości ubocznych żadnych nie było, prócz u kilku chorych, które wkrótce po zażyciu tego środka dostawały wymiotów tak, że trzeba było środek ten odstawić.

W wiewiórze zaś ostrym autor obserwował tylko jeden, jedyny przypadek leczony tym sposobem: w piętnaście dni choroba miała zupełnie ustąpić.

Co się zaś krwi tyczy, to ta w tego rodzaju leczeniu przedstawiała się ciemniejszą a ciałka czerwone miały mieć odcień fiołkowy. Zresztą względem gliceryny i sztucznej surowicy ciałka tak samo się zachowywały, jak w krwi prawidłowej.

2) Stósowanie zewnętrzne.

W zapaleniu cewki moczowej autor w niektórych przypadkach łączył wstrzykiwania po 5—10 ctm.³ błękitu metylenowego do cewki z podawaniem tego środka wewnętrznem. W niektórych zaś przypadkach podawał tylko zewnętrznie. Stósowanie to usuwało szybko wypływ z cewki a ponieważ dla lekarza nie jest przyjemne (bo plami ręce), przeto d'Aulnay wprowadzał do cewki cienkie tamponiki z waty, napojone rozczynem błękitu metylenowego;

b) w nowotworach złośliwych autor zaprzecza błękitowi metylenowemu skuteczności;

c) w przetokach, z których wydobywa się ropa, autor obserwował zupełne ustanie wydzieliny ropnej po 3 przestrzykaniach robionych co 4 dni. Jednak tkanki sąsiednie przetoki zabarwiały się fiołkowo;

d) w jamie ustnej używał autor błękitu metylenowego z powodu zapalenia z owrzodzeniami (*stomatitis ulcerosa*) na tle kiły. Po 3 dniach widział oczyszczanie się rany i pokrywanie się jej przyskórkiem. Stósowanie to nie było ani bolesne, ani w smaku nieprzyjemne;

e) w zapaleniu ropnem pochwy wiewiórowem (*vaginitis purulenta blenorrhoica*) autor posługuje się następującym rozczynem błękitu metylenowego:

Błękitu metylenowego	10·00
Wyskoku	15·00
Ługu potasowego	0·20
Wody	200·00

Tampony napojone tym rozczynem wprowadza się do pochwy przepłukanej poprzednio rozczynem 1‰ sublimatu i wysuszonej watą i pozostawia się je w pochwie 2 dni, po których wyjmuje się je i przepłukuje pochwę sublimatem. Bóle zawsze mają ustępować a ponieważ badanie wziernikowe utrudnione jest niebieskiem zabarwieniem ścian pochwy, przeto zakłada się znowu na 1 dzień tampony napojone gliceryną. W następny dzień pochwa nie przedstawia już trudności do badania i widzi się, że wydzielina ropna znikła a owrzodzenia zaczynają się goić. Przekrwienie zaś, które się utrzymuje jeszcze, znika po tygodniu za przemywaniem pochwy sublimatem i zakładaniem suchych tamponów z waty.

Autor przytacza 11 przypadków zapalenia pochwy wiewiórowego (*vaginitis blenorrhoica*) leczonych przez siebie sposobem powyższym, wszystkich zakończonych pomyślnie w przeciągu 4—5 dni po założeniu tamponu z błękitem metylenowym. Nadto bóle znacznie się miały zmniejszać a ustępowały w 4. lub 5. dniu zupełnie.

Na podstawie tych doświadczeń poleca autor gorąco błękit metylenowy jako środek bardzo skuteczny a nie sprawiający przypadłości ubocznych, ani też nie trujący. Jedyna jego niedogodność jest ta, że, jeżeli się nie wytamponuje dokładnie pochwy suchą watą, pozostawia ślady na długo. — (*Bulletin général de Thérapeutique. 15. Mai. 1893*).

Dr. Rokossowski.

Toksykologia.

Ouchinsky: O własnościach trujących rodanku rtęci.

Autor przedsięwziął badania nad trującemi własnościami rodanku rtęciowego, używanego do fabrykacyi powszechnie znanych wężów Faraonowych. Pracę tę nad przetworem bardzo niedokładnie i mało dotąd badanym co do mocy i własności toksycznych wykonał autor w pracowni Brouardela. Przygotowawszy sobie odpowiednią ilość soli tej chemicznie czystej przez strącenie azotanu rtęci rodankiem sodu doświadczał jej na psach i królikach. Podawał on sól tę zwierzętom tym albo w zawiesinie wodnej lub w roztworze (rodanek rtęci rozpuszcza się w kwasach roztworzonych lub w wodnym roztworze soli kuchennej) do żołądka lub też w formie wstrzykiwań miąższowych w mięśnie, poczem doszedł do następujących wyników:

Rodanek rtęci, podany przez usta w formie wodnej zawiesiny, wywołuje wymioty i biegunki po części krew zawierające, jako też i inne ciężkie objawy zatruciom solami rtęci właściwe. Ponieważ jednak trucizna zostaje przez wymioty wydaloną, zatrucie nawet wielkiemi dawkami kończy się wyzdrowieniem. Podobnie a nawet nieco wolniej działa rodanek rtęci wstrzyknięty w formie zawiesiny w mięśnie. O wiele groźniejszym i najczęściej kończącym się śmiercią jest przebieg otrucia roztworem rodanku rtęci w kwasach lub roztworze soli kuchennej. Jednak i w przypadkach otrucia roztworem rodanku możliwem jest wyzdrowienie, jeżeli ustrój wydala truciznę wymiotami. Stąd też psy ginęły w doświadczeniach jedynie, gdy im po podaniu roztworu trucizny gardziel podwiązano, lub też ginęły króliki, które jak wiadomo, nie mają zdolności wymiotowania. Roztwór rodanku rtęci wstrzyknięty w miąższ wywołuje objawy groźne i szybką śmierć. (*Annal. d'hyg. pub. et de méd. lég. Nr. 4. Avril* 1893).

Dr. Wachholz.

Choroby uszne.

Heissler: O ropniach pozatwardówkowych po zapaleniu usznem.

Ropniem podtwardówkowym czyli pozatwordówkowym nazywa się nagromadzenie się ropy pod oponą twardą, oddzielające ją od położonej poniżej kości skalistej. Zawczesne rozpoznanie i operowanie takiego ropnia robi możebnem wyzdrowienie chorego; w przeciwnym razie ropa przebija oponę twardą i sprowadza zapalenie jej śmiertelne. Autor badał 53 przypadków w celu roztrzygnięcia pytań tyczących się miejsca tych ropni i anatomicznych zmian je poprzedzających i ich powstaniu sprzyjających. W szeregu przypadków okazało się, że zapalenie błony śluzowej ucha środkowego rozszerzyło się na kość a przez nią na oponę twardą, którą od podstawy oddzieliło tworząc ropień poza twardówką. Te przypadki są najpospolitsze i H. nazywa je ropniami pozatwardówkowemi następowemi. Inne przypadki, w których nie było takiej komunikacyi przetokowej między uchem środkowem i ropniem, nazywa H. ropniami pozatwardówkowemi pierwotnemi. Z 53 przypadków przez H. zestawionych było 41 ropni następowych pozatwardówkowych, z których 14 wyzdrowiało po operacyi a 27 umarło i 12 pierwotnych, z których przez operacyę wyzdrowiało 3, umarło 9. — Ropień taki powstaje w trojaki sposób. Prócz wspomnianego sposobu rozszerzenia się ropienia z jamy bębenkowej przez kość na oponę, pewna część tych ropni powstaje przez zapalenie około żył a w innych znowu przypadkach ropień podoponowy powstaje równocześnie z ropieniem w uchu, podobnie jak ropień podokostny w ostrych zakaźnych zapaleniach kości i szpiku kostnego.

Objawy podmiotowe i przedmiotowe są tak różne i nierówne, że nie można nakreślić pewnego obrazu choroby, która raz żadnych objawów nie wywołuje i której przypady w innym razie przez choroby towarzyszące i następowe są zamazane, co robi rozpoznanie bardzo niepewnem i tylko przez wykluczenia z prawdopodobieństwem możebnem.

Z następujących chorób środczaszkowych najczęstszemi są: 1) zapalenie ropne opon mózgowych, które po przebiciu ropy przez oponę rozszerza się na cały mózg i sprowadza rychłą śmierć; 2) zapalenie zatoki żylnej, cechujące się objawami ropniczemi; 3) ropień mózgowy, którego objawy według Bergmanna dzielą się na takie, a) które zależą od ropienia samego, b) które wskazują na powiększenie się ucisku środczaszkowego i c) które są przyczyną przypadów ogniskowych miejscu zajętemu odpowiadających. Leczenie powinno być zapobiegawcze, skierowane przeciw zatrzymaniu się ropy i dostaniu się ropienia do kości i chirurgiczne, przez szerokie otwarcie, odrażanie i drenowanie ropnia. Jedynem

narzędziem do otwarcia ropnia takiego stósownem jest dłuto, które wyłącznie dozwala koniecznego przeglądu pola operacyjnego. (*Archiv f. Ohrenheilkunde T. 33. Z. 2.*

Dr. Spira.

Notatki terapeutyczne.

W łuszczycy (*psoriasis*) zaleca Pringle bardzo gorąco, by chory wykąpawszy się porządnie użył na osutkę maści podług przepisu:

64) Rp. *Chrysarobini 2·00*
Lanolini
Vaselini āā 15·00
M. f. ungtum.

Gdy się choroba poprawi, kąpie się chory następnie raz dziennie i wciera maść:

65) Rp. *Chrysarobini 4·00*
Ichthyoli 2·00
Acidi salicylici 1·00
Lanolini
Adipis suilli
āā 15·00
M. f. ungtum.

(*The clinic. journ. 1893. 10*).

Przeciw łuszczycy na dłoniach *(psoriasis palmaris)* zaleca Dr. Holstein nacieranie przed pójściem na spoczynek w dłonie maści:

66) Rp. *Calomelanos 5·00*
Lanolini
Axungiae porci
āā 15·00
M. f. ungtum.

Po natarciu należy wdziać rękawiczki a rano umyć ręce porządnie mydłem. Po 4 do 5 dniach ma się sprawa chorobowa znacznie polepszać a nieraz nawet ustępować zupełnie. *(Wien. med Presse. 11. 1893. — Lek. rozhlady. S. 5. 1893).*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

VIII. posiedzenie z dnia 5. maja 1893.

Przewodniczący kol. S c h r a m m. — Obecnych członków 33.

1) Odczytano protokół z ostatniego posiedzenia. W sprawie protokołu przemawiali koll.: Wernicki, Schramm, Rosner, Obtułowicz, Ziembicki i Bory.

2) Na wezwanie kol. Przewodniczącego przez powstanie z miejsc uczczono pamięć zmarłych członków Tow.: Dra Zygmunta Riegera i Aleksandra Litticha.

3) Kol. B a r ą c z mówił o z a s t ó s o w a n i u e l e k t r o l i z y d o l e c z e n i a t w a r d z i e l a n o s a (*rhinoscleroma*). Przytoczywszy pokrótce historyą elektrolizy i omówiwszy zastósowanie jej w nowotworach złośliwych, przedstawia kol. B a r ą c z chorego z twardzielem nosa, u którego użył elektrolizy tylko po razu w każdem nozdrzu. Polepszenie u chorego jest znaczne, oba nozdrza są zupełnie drożne a przez wziernik widzieć można obszerny otwór, w który zgłębnik wchodzi na 7 cm. Chorego przedstawia kol. B. już teraz (po 2 posiedzeniach), gdyż chory nie zgadza się na dalsze leczenie elektrycznością z powodu znacznych bolów podczas każdego posiedzenia, utrzymujących się przez dwa dni po użyciu elektryczności. Kol. B. używał przyrządu Hirschmanna (o 40 elementach), biorąc od 12—20 ogniw i iglę podwójną. Ból u chorego był znaczny, ponieważ kol. B. stósował zbyt silny prąd. Do znieczulenia używał pędzlowania 20% kokainą. Ponieważ do elektrolizy w nosie wystarczą słabsze bateryе o 10—16 ogniwach, poleca kol. B. przyrządy B r a d e g o z Wrocławia, które z przyborami kosztują od 80—100 marek, zamiast kosztownych przyrządów H i r s c h m a n n a. Kol. B. poleca dalsze próby z elektrolizą w twardzielu nosa (*własny referat*).

Kol. P r u s od 3 lat zajmuje się leczeniem nowotworów elektrolizą. Pohop do tego dała kol. P r u s o w i chora z przybloniakiem (epithelioma), która nie chciała się zgodzić na wycięcie nowotworu. Po kilkomiesięcznem używaniu elektrolizy nowotwór się zmniejszył a wreszcie zabliźnił zupełnie. Od dwóch lat nie ma u chorej recydywy. Zabieg jest bardzo bolesny, wskutek czego można było używać tylko słabych prądów. Z innych przypadków leczył kol. P. tym sposobem przeważnie tylko brodawczaki. Leczenie trwa jednak bardzo długo; dlatego zawsze lepiej będzie zalecać chorym poddanie się operacyi.

Kol. W e h r również zastanawiał się nad elektrolizą w nowotworach, lecz doświadczenie jego nie przemawia na korzyść tego sposobu leczenia. Na przebieg nowotworów nie nadających się do usunięcia nożem elektroliza nie wywiera żadnego widocznego wpływu korzystnego; w rzeczach nadających się do wycięcia, jak brodawczakach, nie będzie się nikt bawił tak powolnym i bolesnym zabiegiem, jakim jest elektroliza.

Kol. B a ł ł a b a n przypomina, że w okulistyce używa się elektrolizy w podwinięciu rzęs *(trichiasis)* zamiast wyrywania włosów szczypczykami. Zabieg jest bardzo bolesny, wyniki jednakże bardzo dobre i pewne.

Kol. G o ń k a wyraża zdziwienie z powodu, że pomimo tak wielkich dawek kokainy kol. Barącz nie miał przypadów zatrucia, podczas gdy on sam z własnego doświadczenia może powiedzieć, że często już wstrzyknięcie 2 do 3 cg wywołuje objawy zatrucia.

Kol. Z i e m b i c k i przedstawia typowy przypadek twardziela nosa. Kol. Z. widział około 20 przypadków twardziela nosa, które leczył przeważnie wycinaniem, łyżeczkowaniem i przypalaniem żegadłem Paquelina; nigdy jednakże nie miał dobrych wyników z tego sposobu leczenia. Kol. Z. również obawiałby się tak wielkich dawek kokainy, jakich używa kol. Barącz, i doradzałby zamiast tego narkotyzować chorego. Wyniki, jakie otrzymał kol. B. już po 2 posiedzeniach, bardzo zachęcają do dalszych prób elektrolizą w twardzielu nosa.

Kol. S c h r a m m z doświadczenia własnego doszedł do przekonania, że nóż w twardzielu nosa daje bardzo złe wyniki, nawet w połączeniu z użyciem żegadła. Z tego powodu kol. Schramm przemawia za wypróbowaniem elektrolizy, która i z teoretycznego stanowiska jest uzasadnioną, ponieważ ma niszczyć drobnoustroje. Do znieczulenia doradza używać kokainy rozpoczynając od małych dawek.

Kol. B a r ą c z w odpowiedzi kol. Wehrowi zwraca uwagę, że poleca elektrolizę nie tylko w twardzielu nosa, lecz także w nowotworach nie nadających się operować, ponieważ doświadczenie poucza, że przezto opaźnia się ich rozpad i wzrost. Naturalnie, że przeciw nowotworom dającym się wyłuszczyć, wskazana jest operacya krwawa. W odpowiedzi kol. Gońce: Wstrzykiwanie kokainy w elektrolizie wydaje się kol. Barączowi nieracyonalne, gdyż w razie użycia kokainy pod błoną śluzową na tak znacznej przestrzeni, jak to się dzieje, gdy igła posuwa się powoli coraz głębiej w miarę topienia się nowotworu, mogłoby nastąpić zatrucie kokainą. Należy pomazywać nozdrze 20% kokainą (*własny referat*).

4) Kol. B a r ą c z przedstawia dziecko 2 letnie z s a m o i s t n e m w y d z i e l e n i e m s i ę c a ł e j k o ś c i s k r o n i o w e j, w y r o s t k a s u t k o w e g o i k o s t e k s ł u c h o w y c h. Choroba datuje się od 2 lat; cięższych objawów prócz wysokiej gorączki nie było. W obec innych zmian gruźliczych (*caries ossis metacarpi)* nie ulega wątpliwości, że rozchodzi się i tu o sprawę gruźliczą. Wydzielenie samoistne całej kości skroniowej jest rzadkie. Szczęśliwym zbiegiem okoliczności ślimak nie uległ tu martwinie i słuch prawdopodobnie będzie utrzymany (*własny referat*).

Kol. W e h r widział podobny przypadek z tą tylko różnicą, że martwiak nie wydzielił się samoistnie, lecz został wyjęty przez kol. W.

Kol. G o ń k a zapytuje się, czy w przypadku kol. Barącza nie było objawów zapalenia opon mózgowych.

Kol. Schramm: Oddzielanie się martwiaka gruźliczego zdarza się u dzieci dosyć często w najrozmaitszych kościach. Kol. S. widział przypadek oddzielenia się prawie całej kości skalistej i części kości skroniowej. Ponieważ sprawa jest przewlekłą, przeto rzadko się zdarza, ażeby wśród oddzielania się martwiaka nastąpiły objawy zapalenia opon mózgowych lub nadżarcie naczyń. Przypadek kol. Barącza należy do rzadkich z powodu wielkości wydzielonego martwiaka.

Kol. Obtułowicz wyjął u kobiety 35 letniej przez operacyę z kości czołowej martwiak, prawdopodobnie kiłowy, wielkości prawie dłoni. Po wyjęciu tegoż opony mózgowe były odsłonięte i na znacznej przestrzeni widać było wybitne tętnienie mózgu.

Kol. Wehr przed 4 laty miał przypadek, w którym oddzieliła się znaczna część kości potylicowej i kości bocznej prawej. Tętnienie mózgu było widocznie w rozległości całej ręki.

Kol. Barącz jest także zdania, że, ponieważ sprawa jest przewlekła, opona twarda pokrywa się ziarniną, która zabezpiecza od powikłań: od krwotoków z powodu nadżarcia zatoki poprzecznej i od zapalenia opon mózgowych. Powikłania te jednak przydarzają się; w przypadku kol. B. nie było objawów zapalenia opom mózgowych.

5) Odczyt kol. Kohlbergera p. n.: Zasady psychiatryi będzie w całości drukowany.

Sekretarz *Dr. Bory.*

V. Wiadomości bieżące.

— Na V. zjazd chirurgów polskich odbyć się mający dnia 11., 12. i 13. lipca b. r. zapowiedzieli wykłady:

1) Prof. Browicz (z Krakowa): O przeszczepialności raka.

2) Dr. Gabryszewski (z Krakowa): O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów i kości (z przedstawieniem chorych).

3) Dr. Słapa (z Krakowa): O wynikach leczenia konserwatywnego gruźlicy stawów i kości (z przedstawieniem chorych).

4) Dr. Hankiewicz (z Krakowa): Przyczynek do sposobu powstawania nowotworów (z demonstracyą).

5) Dr. Gabryszewski (z Krakowa): O guzach powłok brzusznych (z demonstracyą preparatów).

6) Dr. Klecki (z Krakowa): O wykluczaniu pętli jelitowych (z demonstracyą).

7) Prof. Rydygier (z Krakowa): O sztucznej przetoce pochwowo odbytnicowej.

8) Tenże: O wycinaniu włókniaków macicy.

9) Tenże: Przedstawienie przypadku gruźlicy skóry (z demonstracyą preparatu).

O zgłaszanie się z dalszemi wykładami uprasza

Prof. Rydygier.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Od komitetu polskiego IX. międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie.

Za pośrednictwem komitetu zzapowiedziano następujące odczyty:

1) Do sekcyi II. (Fizyologia) Prof. Dr. N. Cybulski i Dr. A. Beck z Krakowa: Prądy elektryczne w korze mózgowej z demonstracyą na małpie.

2) Do sekcyi III. (Patologia ogólna i anatomia patologiczna) Dr. E. Biernacki z Warszawy: Badanie krwi w stanach niedokrewnych i kachektycznych n. p. w błednicy.

3) Do sekcyi V. (Medycyna wewnętrzna) Prof. Dr. A. Gluziński z Krakowa: O krwotokach płucnych w gruźlicy, studyum kliniczne i doświadczalne.

4) Do sekcyi V. Dr. M. Reichmann z Warszawy: O leczeniu dyspepsyi wskutek niedokwasoty.

5) Do sekcyi XV. (Higiena) Prof. Dr. O Bujwid z Krakowa: O rozmaitych sposobach filtrowania wody do picia.

6) Do sekcyi III. Tenże: O leczeniu wścieklizny metodą Pasteura, oraz o zmianach w komórkach nerwowych u zwierząt wściekłych.

7) Do sekcyi III. Tenże: Cholera w Królestwie Polskiem w r. 1892.

8) Do sekcyi IX. (Akuszerya i ginekologia) Prof. Dr. A. Mars z Krakowa: Atlas plastyczny operacyj ginekologicznych; demonstracya.

9) Do sekcyi VIII. (Chirurgia) Dr. Bogdanik z Białej: O leczeniu chirurgicznem padaczki.

Upraszając Kolegów o dalsze zgłaszanie się z pracami, komitet niniejszem ma zaszczyt zwrócić uwagę, że ostatni termin, w którym prace mają być zakomunikowane komitetowi centralnemu w Rzymie, upływa z dniem 30. czerwca, oraz że obok tematu pracy musi być także podane krótkie streszczenie, które komitet centralny ogłosi drukiem przed rozpoczęciem się zjazdu. Ostatni termin do przysyłania streszczeń upływa z końcem lipca. Temata zapowiedziane po 30. czerwca lub zapowiedziane wcześniej lecz bez załączenia streszczenia nie będą umieszczone na porządku dziennym obrad Kongresu. Z tego powodu komitet niniejszem uprasza Szanownych Kolegów, którzy się zgłosili z tematami a nie nadesłali dotychczas streszczeń, o rychłe ich nadesłanie.

Również komitet uprasza Kolegów, którzy udział w kongresie wezmą, o nadsełanie pieniędzy na karty udziałowe (25 franków dla członka i 10 fr. dla osoby towarzyszącej) pod adresem przewodniczącego: *Kraków. Zakład fizyologiczny.*

Prof. Dr. N. Cybulski przewodniczący. *Dr. Radecki* sekretarz.

— Wydział krajowy galicyjski wyraził dekretem swym z dnia 26. kwietnia b. r. Drowi Józefowi Bogdanikowi, lekarzowi ordynującemu szpitala w Biały „swoje pełne uznanie za wzorowe pod każdym względem prowadzenie szpitala powszechnego oraz za gorliwą i sumienną pracę około podniesienia tej instytucyi“. Nie omylimy się zapewne twierdząc, iż pod temi wyrazami: gorliwej i sumiennej pracy koło podniesienia szpitala rozumieć należy także i pracę naukową, której tyle i tak wybitnych złożył dowodów w *Przeglądzie lekarskim* Sz. kolega Dr. Bogdanik, znany i ceniony także z tej przyczyny w zagranicy, nieraz powołującej się na wypadki jego poszukiwań umiejętnych.

— Do 15. maja zapowiedziano u sekretarza jeneralnego komitetu jedenastego międzynarodowego kongresu lekarskiego 259 odczytów i doniesień naukowych. Przewodniczącymi obrani: dla sekcyi I. anatomicznej prof. Todaro, III. patologicznej prof. Bizzozerro, IV. farmakologicznej prof. Semmola, V. medycyny wewnętrznej prof. Baccelli, VI. pedyatrycznej Dr. Blasi, VIII. chirurgicznej prof. Durante, IX. ginekologicznej i położniczej prof. Pasquali, X. laryngologicznej prof. Massei, XI. otyatrycznej prof. de Rossi, XII. oftalmologicznej prof. Reymond, XIII. dentystycznej Dr. Coulliaux, XIV. wojskowo-lekarskiej jenerał-major Dr. Baroffio, XV. higienicznej prof. Pagliani, XVII. dermatologiczno i syfilidologicznej prof. de Amicis, XVIII. medycyny sądowej prof. de Crecchio. Nie mają jeszcze przewodniczących tylko sekcye VII. i XVI. Sekcya II. fizyologiczna wybrała przewodniczącym prof. Moleschotta, który jednak wyboru nie przyjął i 19. maja nagle umarł.

— Kongres ginekologiczny wrocławski, w którym wzięło udział bardzo wielu znakomitych specyalistów, zajmował się w pierwszym dniu swych obrad symfizyotomią i postanowił zebrać się znowu w roku 1895 we Wiedniu.

— Lekarze i aptekarze Berlina i Brandenburgii zakładają dla siebie bazar, w którym będą mogli nabywać wszelkie dla siebie potrzebne towary zakupywane, ile można, z pierwszej ręki.

— **Cholera.** Cała monarchia austro węgierska jest od kilku tygodni od cholery zupełnie wolna, z Rosyi europejskiej donoszą tylko z niektórych gubernij o przypadkach sporadycznych; natomiast szerzy się, lubo bardzo powoli, cholera we Francyi północno-wschodniej, mianowicie w departamentach Morbihan, Finistère, Wandei i na wysple d'Yeu. Podejrzany o cholerę zaszły w dniu 15. Maja przypadek śmierci w Schiffbeku pod Wandsbeckienn przy Hamburgu po zbadaniu bakteryologicznem nie okazał się cholerą; natomiast nie ulega wątpliwości, iż już w bieżącym tygodniu zaszedł jeden przypadek śmierci z cholery w samym Hamburgu, co wznieciło popłoch w Niemczech a władzę sanitarną miejscową skłoniło do zamknięcia w Hamburgu wszystkich studzien i dostarczania mieszkańcom jedynie wody

filtrowanej z wodociągów miejskich pobierających, jak wiadomo, wodę z Elby.

— Prof. Gayet w Lugdunie w południowej Francyi wpadł na dowcipny pomysł odnajdywania swych chorych nawet i po śmierci. Oto wyleczywszy u chorego tętniak tętniczożylny między tętnicą szyjną domózgową a zatoką jamistą a chcąc wiedzieć, co się znajdzie u niego po śmierci, namówił operowanego, by za zapłatą pozwolił sobie wytatuować po stronie zewnętrznej ramienia wyrazy: Przypadek wyleczenia tętniaka tętniczożylnego zatoki jamistej; uprasza się o autopiję". Brakuje tylko jeszcze adresu, według którego ma się donieść o rezultacie tej autopsyi. Pomysł całkiem oryginalny i w wielu przypadkach niewątpliwie dla nauki przydatny, pod warunkiem oczywiście, iż się nań zgodzą interesowani.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Paryżu dnia 15. maja Dr. Feliks Michałowski, oficer b. w. p., przeżywszy lat 81. — W Rzymie prof. Jakób Moleschott w dniu 19. maja przeżywszy 71 lat. Urodzony w Herzogenbusch w Holandyi po otrzymaniu stopnia doktora medycyny był naprzód lekarzem praktycznym w Utrechcie, następnie profesorem fizyologii od r. 1847 do 1854 w Heidelbergu, od 1856 do 1871 w Zurychu, oz 1871 do 1878 w Turynie, od 1878 dotąd w Rzymie.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Srodę dnia 7-go czerwca b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Zapowiedziany odczyt kol. Tyszkiewicza; 2) kol. Mayzel będzie mówić o leczeniu kiły wstrzykiwaniami oleju szarego; 3) Demonstracya kol. Ebersa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę II-go asystenta przy klinice okulistycznej od 1. października 1893 r.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15. czerwca 1893.

Kraków dnia 29. maja 1893.

Stopczański
Pro Dziekan Wydziału lekarskiego.

L. 1251. **KONKURS.**

Zwierzchność gminna miasta Żywca ogłasza niniejszem konkurs na opróżnioną posadę lekarza miejskiego połączoną z oglądaniem ciał zmarłych z roczną płacą 500 złr. z terminem do 15. czerwca b. r. do wniesienia podań na te posadę, która na razie prowizorycznie nadaną zostanie, z wymaganiem ukończonych studyów wszech nauk lekarskich i przynajmniej dwuletniej praktyki w tym zawodzie.

Podania o nadanie pomienionej posady wraz z dyplomem i świadectwami praktyki wnieść należy do Rady gminnej w terminie oznaczonym.

Żywiec, dnia 27. maja 1893. Burmistrz
L. Dubowski.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 10. Czerwca 1893. Nr. 23.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 5. maja 1893 r.

Mam zamiar przedstawić Panom w kilku odczytach główne zasady odnoszące się do zboczeń w zakresie życia umysłowego u człowieka. Wiadomo Panom aż nadto, że pod względem tego życia już w stanie prawidłowym istnieją ogromne różnice między ludźmi; tem większą różnica ta będzie w różnych stanach chorobowych. Aby stany te należycie zrozumieć i ocenić, niezbędną jest rzeczą wiedzieć dokładnie, na jakiej podstawie opiera się życie umysłowe i w jaki sposób od początku swego rozwija się i wzrasta, albowiem niektóre choroby tem się właśnie cechują, iż życie umysłowe osób niemi nawiedzonych stopniowo zanika czyli ulega wstecznemu przeobrażeniu się i staje się w końcu podobnem do życia płodowego a nawet zarodkowego. Objaw ten nazywamy też dla tego powrotem do stanu zarodkowego.

W ciągu odczytów swoich będę niejednokrotnie zniewolonym poruszać rzeczy, które są wszystkim bardzo dobrze znane; proszę mi jednak nie brać tego za złe, pragnę bowiem, by przedmiot, który przedstawić zamierzam, dokładnie zrozumiano, i dlatego wolę nie raz powiedzieć za wiele, niż za mało i sądzę, że właśnie przypomnienie rzeczy znanych i oparcie się na nich najwięcej przyczynią się do osiągnienia zamierzonego przeze mnie celu.

W zakresie życia umysłowego rozróżniamy zazwyczaj trzy odrębne działy czyli sfery a mianowicie dział zmysłowy, duchowy i ruchowy, czyli inaczej mówiąc, sferę poczucia, świadomości czyli wiedzy i woli. U zarodka i u płodu właściwe życie umysłowe nie istnieje wcale. U noworodka powstaje ono dopiero po pewnym czasie i rozwija się następnie z biegiem wieku coraz bardziej a to w ten sposób, że najpierw rozwija się sfera poczucia, następnie sfera świadomości a w końcu wola. Przez wolę rozumiemy ruchy dowolne skierowane ku pewnemu, z góry zamierzonemu i obmyślanemu celowi.

Noworodek wykonywa wprawdzie pewne ruchy, ssie, płacze, rusza kończynami i całem ciałem swojem i t. p., ale tych ruchów nie można nazwać dowolnymi w ścisłem tego wyrazu znaczeniu, gdyż one nie są skierowane ku żadnemu z góry określonemu i obmyślanemu celowi, lecz przeciwnie są bezmyślne a niektóre nawet mimowolne i czysto automatyczne czyli odruchowe. Takich mimowolnych, czysto automatycznych czyli odruchowych czynności spotykamy w życiu zwierzęcem bardzo wiele; możnaby nawet powiedzieć, że życie wogóle przeważnie z takich ruchów się składa. Tu należą ruchy oddechowe, ruchy serca, ruchy jelit, skurcz, i rozkurcz mięśni naczyniowych, tworzenie się wszelkich wydzielin i prawie wszystkie czynności odżywcze. Ruchy tego rodzaju odbywają się nietylko bez naszej woli, ale przeważnie nawet bez naszej wiadomości. Im jakaś istota organiczna niżej stoi pod względem swego ustroju, tem życie jej jest bardziej automatyczne, mimowolne i nieświadome; im zaś wyżej stoi w tym względzie, tem większa część czynności jej życia staje się dla niej świadomą a nadto zależną od jej woli. Później będę się starał wykazać, że ta wola zależną jest w istocie rzeczy także od pewnych automatycznych urządzeń, których mechanizmu jednak dokładnie nie znamy.

Ponieważ świadomość stanowi istotę życia umysłowego, przeto musimy się teraz bliżej zastanowić nad jej istotą i sposobem tworzenia się.

Jeżeli wrażenia zmysłowe mają przyjść do świadomości i ustalić się, muszą odpowiednie ośrodki korowe mózgu być przygotowanemi do tej czynności a to przygotowanie tworzy się przez czynność, zwaną uwagą. Bez uwagi żadne wrażenie zmysłowe uświadomionem, ani ustalonem t. j. zapa-

miętanem być nie może Ośrodki podkorowe zmysłów służą nie tylko do odczucia doznanych wrażeń zmyslowych, ale stanowią zarazem przyrząd automatyczny, t. j. odruchowy do nastrajania czyli akomodacyi wszystkich części składowych danego zmysłu a więc i do pobudzania uwagi na pewne silniejsze wrażenia zmysłowe. W ośrodkach podkorowych łączą się prawdopodobnie wszystkie zmysły ze sobą wzajemnie; tam też skupiają się najrozmaitsze a może i wszystkie komórki ośrodkowe najwyższego rzędu, tak czuciowe jak ruchowe, tudzież wydzielnicze, należące do obydwóch układów nerwowych, t. j. zwojowego i rdzeniowego. Przez to połączenie wszystkich zmysłów w ośrodkach podkorowych, zwanych dlatego przez niektórych *sensorium commune*, zadrażnienie pewnego zmysłu może przejść na inny a nawet zdarzyć się może, że jedne zmysły za tem pośrednictwem obejmują częściowo czynność innych.

Ciekawem i prawdopodobnie na tej samej zasadzie polegającem zjawiskiem jest występująca nieraz przeczulica jednych nerwów zmysłowych obok niedoczucia innych, których czynność przechodzi potem częściowo na pierwsze, przez co tworzy się współczucie w zakresie dwóch zupełnie różnych nerwów. Chorzy, których to się tyczy, wyrażają się wtedy, że n. p. widzą swojem sercem, swojemi wnętrznościami, słyszą grzbietem lub brzuchem a czują zapach częściami płciowemi i t. p.

Maudsley przytacza w swojej fizyologii i patologii duszy bardzo ciekawe przypadki, zebrane z licznych spostrzeżeń różnych pisarzy. Tak n. p. Abercombie znał osoby, dotknięte głuchotą największego stopnia, jaka tylko u głuchoniemych się spotyka, które przecież okazywały poczucie rozmaitych tonów. Pochodzić to mogło ztąd tylko, że inne zmysły, prawdopodobnie zmysły czucia przedmiotowego lub podmiotowego czyli ogólnego, czynność tę na siebie przyjmowały. Osoby te mogły n. p. zapowiedzieć zbliżanie się wozu na ulicy, chociaż wozu tego jeszcze nie spostrzegły wzrokiem i chociaż go nikt jeszcze nie spostrzegł z osób otaczających, obdarzonych wszystkimi zmysłami. — Kruse, chociaż był zupełnie głuchym, odczuwał jednak muzykę a różne narzędzia muzyczne różny wpływ wywierały na niego. Tony muzyczne miały w jego poczuciu wielkie podobieństwo do barw. Odgłos trąbki był dla niego żółtym, huk bębna czerwonym, dźwięk organów zielonym i t. p. — Lumley opowiada o jednym ze swych przyjaciół, który tak samo zwykł był porównywać głos różnych sławnych śpiewaków z różnemi barwami i w ten sposób go rozróżniał. Opowiadają także o pewnym ślepym, który przeciwnie znowu barwę szkarłatno-czerwoną odczuwał w ten sposób, że ją przedstawiał sobie jako ton trąbki.

Zjawiska przytoczone mogą w dwojaki sposób przyjść do skutku a mianowicie możebnem jest, iż część obwodowa danego zmysłu nie jest zupełnie nieczynną, lecz tylko w wysokim stopniu upośledzoną w swej czynności; w takim razie za jej pośrednictwem powstaje w ośrodkach zmysłowych podkorowych tego zmysłu jakieś nieokreślone i bardzo niewyraźne poczucie. Ponieważ w ośrodkach zmysłowych podkorowych wszystkie zmysły są ze sobą połączone, przeto poczucie to może przyjść do świadomości; będzie ono jednak równie niewyraźne i nieokreślone, ale osoby, o które chodzi, starają się porównywać je z jakiem wyraźnem poczuciem, t. j. wyobrażeniem innego jakiegoś zmysłu. Przez ćwiczenie się mogą w ten sposób osoby właściwe dojść do rozróżniania różnych takich nieokreślonych poczuć zmysłowych. Być jednak może, że narządy obwodowe pewnych zmysłów są istotnie zupełnie nieczynne a czynność ich obejmują do pewnego stopnia narządy obwodowe innych zmysłów a to, jak już wspomniałem, prawdopodobnie niezróżnicowane jeszcze należycie komórki zmysłowe obwodowe, należące głównie do układu nerwowego zwojowego a sprawiające nieokreślone bliżej czucie ogólne czyli podmiotowe, tak skórne jak wnętrznościowe. Za pośrednictwem ośrodków zmysłowych podkorowych może ten nowy rodzaj poczucia w sposób wyżej przedstawiony dojść do świadomości i stać się mniej lub więcej wyraźnem wyobrażeniem.

Przez wspomniane *sensorium commune* może się też silniejsze zadrażnienie jakiegokolwiek zmysłu przenieść na wszystkie zmysły, lub. też sprowadzić najrozmaitszego rodzaju odruchy i to tak świadome jak i nieświadome.

Proschaska w dziele swojem *Commentatio de functionibus systematis nervosi* z r. 1784 przytacza tego przykłady i kończy: „*Cum itaque praecipua functio sensorii cammunis consistat in reflexione impressionum sensoriarum in motorias, notandum est, quod ista reflexio vel anima inscia vel vero anima conscia fiat*“. W końcu powiada: „*omnes istae actiones ex organismo et physicis legibus sensorio communi propriis fluunt suntque propterea spontaneae et automaticae*“.

Znane są przypadki, gdzie zadrażnienie znaczne w zakresie jednych zmysłów sprawiało znaczne także zboczenia w drugich. Ból zębów być może przyczyną n. p. zboczeń w zmyśle wzroku w ten sposób, że powstaje chwilowa ślepota, lub też okazują się omamy i złudzenia tego zmysłu; to samo tyczyć się może także innych zmysłów. W ten sposób mogą przyjść do skutku kurcze mięśniowe różnego rodzaju, tworzenie się różnych wydzielin i t. p. a nadto różne zboczenia a nawet choroby umysłowe.

Zbyt mocne i gwałtowne zadrażnienie jakiegokolwiek zmysłu może się łatwo tym sposobem rozprzestrzenić na cały ustrój i wstrząsnąć gwałtownie wszystkiemi jego czynnościami do tego stopnia, iż następuje śmierć natychmiastowa, jest to t. zw. *shok*.

Shok taki pochodzi najczęściej z gwałtownego zadrażnienia nerwów czuciowych i to zwykle nerwów służących do przewodzenia czucia ogólnego czyli podmiotowego a więc należących do układu zwojowego. W pewnych razach może jednak wystąpić *shok* także skutkiem nagłego zadrażnienia innych nerwów zmysłowych a mianowicie wzroku i słuchu. *Shok* taki nazywamy shokiem z przerażenia; rzadko bywa on powodem nagłej śmierci, często jednak bywa przyczyną jakiejś nagłej choroby umysłowej i możnaby go dla tego nazwać inaczej shokiem psychicznym czyli umysłowym.

Jak z tego widzimy, w ośrodkach mózgowych podkorowych skupia się całe życie nieświadome, czysto automatyczne, t. j. odruchowe i mimowolne. W ośrodkach zaś mózgowych korowych odbywają się wszelkie czynności świadome i dowolne. Jedne i drugie ośrodki są wielorako i wielokrotnie ze sobą połączone a przeto czynność jednych wpływa wielce na drugie i w ten sposób stają się one w większym lub mniejszym stopniu od siebie zależnymi. Przedewszystkiem czynność ośrodków korowych zależy od czynności ośrodków podkorowych. Zboczenia nawet znacznego stopnia w pierwszych nie zawsze wywołują znaczniejsze zboczenia w drugich a przeciwnie już małe zboczenia w ostatnich czynią niekiedy pierwsze niezdolnymi do ich zwyczajnej

czynności fizyologicznej. Z tego wynika, że wszelkie, nawet mniejsze zboczenia w czynnościach mimowolnych organizmu a mianowicie w czynnościach służących do t. zw. życia wegetacyjnego, t. j. roślinnego, kierowanego głównie przez układ nerwowy zwojowy, sprawiają poważne zmiany w życiu umysłowem. O tem już starożytni dobrze wiedzieli i dla tego mówili: *Mens sana in corpore sano.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. W sprawie podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych jak również i resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Napisał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Z końcem roku 1889 okazała się obszerna praca W. Alexandra[1]): *O leczeniu padaczki,* z której okazuje się, że i on, autor podwiązania tętnic kręgowych w padaczce zaniechał od kilku lat, z powodu złych wyników, tej operacyi a natomiast zwrócił swe zabiegi ku nerwowi współczulnemu a mianowicie ku jego zwojowi szyjnemu górnemu. Właściwą treść pracy Alexandra stanowi opisanie wyników osiągniętych z wycięcia górnych zwojów szyjnych nerwu współczulnego. Do tych zabiegów zachęciły go teorye powstawania padaczki Van der Kolka, Russela Reynoldsa i Huglingsa Jacksona.

Padaczka samoistna ma polegać na podstawie tych teoryj na złem odżywianiu mózgu z powodu zboczeń w nerwach naczynioruchowych. Leczenie padaczki powinno według Alexandra przedewszystkiem zwracać się ku polepszeniu odżywiania mózgu i rdzenia przedłużonego, nerw współczulny zaś jest jedynym układem naczynio-ruchowym, pośredniczącym w tem odżywianiu i regulującym je. Brown-Séquard uważa znowu zwiększenie się odruchowości w padaczce za następstwo zwiększenia odżywiania się ośrodków nerwowych. Na podstawie tych rozumowań zwrócił Alexander swą uwagę na nerw współczulny i postanowił próbować leczyć padaczkę samoistną przez wycinanie zwoju górnego szyjnego nerwu współczulnego, któremu z przyczyny licznych połączeń przypisuje największy wpływ naczynioruchowy; zwój ten uważa Alexander za ognisko sprawiające złe odżywianie mózgu i rdzenia przedłużonego w padaczce. Alexander wiedział, że u zwierząt (królików) wycinano bez szkodliwych następstw nerw współczulny (zwoje górne), jednak nieznane mu były przypadki wycięcia tegoż nerwu u człowieka, dopóki nie zgłosił się do niego mężczyzna 50 cio letni, który w następstwie urazu głowy przed 30 laty cierpiał od 13 lat na coraz gwałtowniejsze kurcze twarzy w zakresie nerwów twarzowego, dodatkowego Willizyusza i gałązek nerwu V-tego. Kurcze można było u niego wywołać za każdym razem przez dotknięcie się pewnego punktu na wardze górnej a usunąć je przez ucisk na tętnicę szyjną domózgową. Uważając przypadek ten za padaczkę Jacksona wyciął Alexander zwój górny nerwu współczulnego i napady w przeciągu 2 miesięcy ustąpiły; dalszy los tego chorego jest autorowi jednak nieznany!

[1]) William Alexander. The treatment of epilepsy. Edinburgh Young J. Pentland, 1889.

Zachęcony tem spostrzeżeniem wyciął w miesiąc później na dwa zawody u młodej dziewczyny cierpiącej na padaczkę samoistną po połowie dolnej górnego zwoju; w następnych przypadkach wycinał najpierw na dwa zawody oba zwoje górne a później usuwał je naraz.

Alexander wykonał operacyę tę w 24 przypadkach padaczki samoistnej z następującym wynikiem ostatecznym (czas obserwacyi trwał przynajmniej 2 lata): w 6 przypadkach miało nastąpić wyleczenie, w 10 polepszenie osobliwie pod względem umysłowym, w 5 operacya nie odniosła żadnego skutku. W żadnym przypadku nie nastąpiło pogorszenie po operacyi, dwóch chorych umarło wkrótce po operacyi, jednak nie wskutek jej samej; w jednym przypadku wynik jest nieznany. Wyleczenie więc nastąpiło w 25% przypadków.

Alexander podaje w dziele swem dokładnie stósunki anatomiczne okolicy, o którą chodzi, i technikę operacyjną. Górny zwój szyjny nerwu współczulnego leży na mięśniu prostym głowy, przednim większym: (*rectus capitis anticus major*) przed 2-gim i 3-cim kręgiem szyjnym za tętnicą szyjną domózgową i łączy się z pierwszymi czterema nerwami kręgowemi, z oboma zwojami nerwu błędnego i z nerwem językowo-połykowym (*glossopharyngeus*).

Technika operacyjna wycięcia tegoż zwoju jest według Alexandra pokrótce następująca: Cięcie skórne na 3 cale długie rozpoczyna się na $^1/_2$ cala przed wyrostkiem sutkowym i prowadzi pionowo na dół przez mięsień mostko-obojczyko-sutkowy. Należy przytem uważać, by nie zranić żyły szyjnej zewnętrznej (*vena jugularis externa*).

Po przecięciu mięśnia i rozdzieleniu jego włókien hakami widać w ranie powięź, którą należy przeciąć, uważając, by nie zranić żyły szyjnej wewnętrznej (*v. jugularis interna*), którą odciąga się hakiem tępym ku wewnątrz wraz z leżącą pod nią tętnicą szyjną domózgową. Zwój górny, leżący tuż za tą tętnicą, wycina się nożyczkami. Podczas operacyi należy uważać, by nie zranić nerwu błędnego lub dodatkowego Willizyusza, lub wreszcie żyły szyjnej wewnętrznej. Autor poleca drenowanie rany.

Operacya ta, jakkolwiek wydaje się z razu skomplikowaną, daje się łatwo wykazać na trupie, jak się sam kilkakrotnie przekonałem.

Leczenie padaczki samoistnej chirurgiczne nie jest dotychczas, jak wiadomo, sprawą załatwioną. Dla tego uważam za stósowne poruszyć tu zapatrywania się i poglądy najnowsze na sprawę chirurgicznego leczenia padaczki.

Dzięki rozszerzeniu wiadomości o lokalizacyi mózgu przez Hitziga, Ferriera, Lucianiego a osobliwie przez Wiktora Horsleya z Londynu (dokładność, z jaką możemy u człowieka oznaczyć ośrodki ruchowe dla pewnych grup mięśni, posługując się elektrodami aseptycznemi), postąpiła znacznie naprzód terapia chirurgiczna padaczki korowej czyli Jacksona.

Według zdania Bergmanna[1]) padaczka Jacksona jest jedyną postacią padaczki, w której trepanacya czaszki jest wogóle usprawiedliwioną i wskazaną, gdyż padaczka korowa nie jest tylko nerwicą ogólną, ale w niej zawsze musi znajdywać się ognisko chorobowe w korze móz-

[1]) Ernst von Bergmann. Die chirurgische Behandlung der Hirnkrankheiten. Berlin 1889, str. 148.

gowej, które da się usunąć. Jedynie więc urazowa padaczka korowa jest według Bergmanna przedmiotem nowoczesnej chirurgii. Trepanacya w tej postaci padaczki nie powinna ograniczać się do samego otwarcia czaszki, ale przy każdej operacyi należy przeciąć oponę twardą i przy pomocy prądu galwanicznego usunąć dokładnie ognisko kory mózgowej, z którego wychodzą kurcze początkowe, wyprzedzające ogólne. Początkowe porażenie kończyny odpowiedniej ma ustępować w miarę odradzania się usuniętej kory mózgowej.

To samo zdanie, co Bergmann, wypowiada Sahli[1]) że jedynie w urazowej padaczce Jacksonowskiej spodziewać się należy dobrych wyników. Że wyniki i w padaczce Jacksonowskiej nie bywają trwale dobre, przypisuje to Sahli bliznowatym zaciągnięciom w miejscu operowanem, przezco powstaje ciągnięcie sąsiedniej kory mózgowej i trwały stan podrażnienia części, o które chodzi.

Ażeby zapobiedz właśnie tym zaciągnięciom bliznowatym, które zawdzięczają swe powstanie zrostom kości z oponą twardą i powierzchnią istoty korowej, proponuje Alexander Fränkel[2]) na podstawie doświadczeń swych na zwierzętach pokrywać ubytek po trepanacyi przez heteroplastykę za pomocą blaszek z gładkiego celuloidu, z którym nie mogą powstawać zrosty z częściami pod nim położonemi a który przy odpowiedniej aseptyce można śmiało pozostawiać w ustroju.

Benedikt[3]) idzie o krok dalej od Bergmanna i Sahlego i uważa trepanacyę za usprawiedliwioną także w padaczce samoistnej. Wychodzi on z zapatrywania się, że u epileptyków istnieje pewien okres utajenia padaczki i że to utajenie można sprowadzić trepanacyą. Rozumuje on w sposób następujący: „studyując dokładnie padaczkę sasamoistną, można przekonać się, że w największej liczbie przypadków kurcze występują zazwyczaj z pewnego ograniczonego zakresu. W razie wielkiej liczby napadów, kurcze ograniczają się czasem do tego ogniska a często rozszerzają się z niego i stają się dopiero wtedy ogólnymi. Przez wycięcie takiego ośrodka dla kurczów początkowych można znieść także kurcze ogólne“. Benedikt przytacza dwa odnoszące się do tego przypadki, w których Mosetig wykonał trepanacyę. Skutki były na razie dobre, jednak od czasu operacyi minęło zaledwie dwa tygodnie.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

St. Ponikło: **Zakopane in der polnischen Tatra in Galizien als klimatische Höhenstation.** Wien 1893.

Towarzystwu tatrzańskiemu za myśl a autorowi za urzeczywistnienie jej należy się pełne uznanie, że wyżej zatytułowanem dziełkiem zaznajamiają i obcych z naszem uroczem Zakopanem i pierwszorzędną naszą stacyą klimatyczną. W rozprawce tej na 24 stronnicach, przegradzanych widokami Tatr ze Starej Polany, Kuźnic, samego Zakopanego pisanej pięknym niemieckim językiem, kreśli autor położenie, historyę rozwoju, urządzenia, warunki klimatyczne i sanitarne a w końcu wskazania lecznicze. Te ostatnie zawodowo napisane zaznajamiają czytelnika, w jakich sprawach chorobowych pobyt w Zakopanem może wywrzeć wpływ korzystny. Tylko życzyć sobie należy i pragnąć, by praca autora odniosła pożądany skutek. *Gl.*

Chirurgia.

W. Wagner: **Aseptyka w chirurgii polowej.**
(Sprawozdanie Dra Bogdanika.)
(Dok. Patrz Nr. 22).

II. Aseptyczne opatrzenie na polu bitwy i pakiecik opatrunkowy (*Verbandpäckchen*). Beck na to pytanie odpowiada, iż pierwszego opatrzenia na polu bitwy nie mogą zakładać wyłącznie lekarze. Rozchodzi się bowiem o to, aby rannych jak najprędzej przenieść na stanowisko opatrunkowe, ochronić ich rany od szkodliwości zewnętrznych podczas przewozu, zwłaszcza, iż niejeden i tam długo będzie musiał czekać, póki kolej na niego nie przyjdzie. Jako opatrunek polowy zaleca gazę sublimatową owiniętą w materyał nieprzepuszczalny. Zapas tych pakiecików w 2—3 lat zużyć należy po szpitalach w czasie pokoju tak, że zapasy nie będą starsze jak 2 lub 3-letnie. Zwyczajna gaza wyjałowiona również dobre odda usługi, jeżeli się rany najpierw przyprószy jodoformem. Billroth zaleca, aby pierwszy opatrunek zakładali ile możności lekarze; gdyby atoli pomoc lekarska w krótkim czasie była niemożebną, lepiej pokryć prowizorycznie ranę jakim środkiem antyseptycznym bez dotykania się rany. Opatrunek powinien być antyseptyczny a nie aseptyczny. Następnie przytacza autor zdanie sprawozdawcy sprzeciwiającego się zakładaniu pierwszego opatrzenia przez służbę, bo od tego często zależy dalszy los rannych. Na pobojowisku należy tylko ułożyć kończyny złamane i tamować krwotoki przez zakładanie dośrodkowe opaski uciskającej. Paweł Bruns powiada, iż wobec dalekonośnej broni stanowisko opatrunkowe będzie musiało być odleglejsze od linii bojowej. Dlatego też często opóźni się założenie pierwszego opatrzenia; natomiast przewody postrzałowe będą wązkie, rany skórne nadzwyczaj małe tak, że się rychło zalepią skrzepami; pozostaną przeto dłużej aseptycznemi. Opatrzenia rękami laików przeto materyałem z pakiecików łatwiej pozbyć się można, zwłaszcza iż na wielkie natrafi przeszkody. Opatrunek powinien być aseptyczny; jest bowiem zawsze na miejscu i nigdy nie szkodzi. Esmarch dopuszcza, aby pierwszy opatrunek w braku lekarzy założył dobrze wyćwiczony Samarytanin. Aleksander Fraenkel uważa to za rzecz wielkiej wagi, żeby pierwszy opatrunek założono już na polu bitwy, jeżeli się podczas pokoju służbę dobrze wyćwiczy i pouczy, aby się ran nie dotykała, bo od tego zawisł los rannych. Pakiecik ratunkowy musi mieć osłonę nieprzemakalną, chroniącą go od wpływu deszczu, potu i t. p. Jako osłonę zaleca cienką blachę i tak miękką żeby się łatwo rozszerzać dała. Opatrzenie zaleca antyseptyczne. Gurlt zezwala, aby w braku lekarzy służba założyła pierwsze opatrzenie składające się z gazy sublimatowej i waty, lecz żeby lekarze założyli opatrzenie stałe. L. Hofmann przemawia za użytecznością stałych opatrunków antyseptycznych w polu. Kaschkaroff daje pierwszeństwo opatrunkom założonym przez lekarzy. Kölliker powiada, iż pierwszy opatrunek tak dalece roztrzyga o przebiegu rany, że go tylko lekarz zakładać powinien a jedynie w ostateczności laicy. Opatrunek polowy składać się ma z gazy antyseptycznej albo aseptycznej, powłoki z waty, mchu, juty i opaski. Pakiecików tylko wtedy użyć można, jeżeli treść ich nie ucierpiała t. j. opakowanie musi być bez zarzutu. Körte zezwala na opatrzenie ze strony służby w braku lekarzy, zabrania jednak dotykania się ran; natomiast Landerer zgadza się, aby pierwsze opatrzenie zakładali tylko lekarze. Obaj przemawiają za użyciem jodoformu a pakiecików używać radzą tylko w ostateczności. Langenbuch przedstawia, aby rany postrzałowe zalepiano przylepcem lub zaszyto, którą to czynność wykonywać ma służba na pobojowisku. W tym celu ma mieć

[1]) Sahli. Sammlung klinischer Vorträge. Neue Folge 1891, Nr. 2.

[2]) Alexander Fränkel. Zur Frage der Schaedeloperationen bei Epilepsie. Beiträge zur Chirurgie. Festschrift gewidmet Th. Billroth.

[3]) M. Benedikt. Ueber die operative Behandlung der idiopathischen Epilepsie. Wiener med. Presse 1892, Nr. 28, str. 1120 i nn.

każdy żołnierz puszkę blaszaną zawierającą gazę wyjałowioną, watę i nawleczoną igłę niklowaną. Projekt ten natrafił jednakże na gwałtowną opozycyę na XXI. zjeździe chirurgów niemieckich. Lauenstein mniema, iż można służbie powierzyć zakładanie pierwszych opatrunków, byle się tylko upewnić, aby ran nie dotykała się. Mosetig-Moorhof radzi, aby pierwszy opatrunek zakładali tylko lekarze. Gdyby to z konieczności uczyniła służba, powinni lekarze zmienić opatrunek jak najrychlej. Rotter sądzi, iż wobec tak znacznej ilości rannych, jak się tego w przyszłej wojnie spodziewać można, koniecznie trzeba służbie powierzyć opatrzenie przynajmniej lżejszych ran. Do opatrzenia nadają się pastylki lub proszek rotterynu (składniki jego podano wyżej) łatwo w wodzie rozpuszczalnego. W braku wody można nim ranę zasypać. Rydygier domaga się zasadniczo, aby pierwsze opatrzenie zakładali tylko lekarze z wyjątkiem przypadków, gdzie n. p. z przyczyny krwawienia rozchodzi się o życie rannego. Do opatrunku użyć można każdego czystego materyału. Pakieciki zanurzyłby przed użyciem, jeżeli można, w rozczynie sublimatu 1‰. Schimmelbusch sądzi, iż trudno to przeprowadzić, aby pierwszy opatrunek zakładali tylko lekarze. Pakiecik dodany każdemu żołnierzowi jest stanowczem ułatwieniem i ma zawierać tylko gazę i opaskę wyjałowioną. Jako środek antyseptyczny szczególniej do tamponady zaleca jodoform, którego niczem zastąpić nie można.

III. Sposoby wyjałowienia na placu opatrunkowym i w szpitalu polowym. Na pytanie to odpowiada Beck, iż najlepszem jest wyjałowienie parą wodną i zaleca ku temu znane przyrządy. Podobnie wyrażają się i inni chirurgowie radząc wygotowanie narzędzi w wodzie z dodatkiem sody a w braku przyrządów odpowiednich można do tego użyć i garnków a opatrunki również wyprażyć można na sucho w garnku lub rurze.

IV. Opakowanie przyborów aseptycznych. Wszyscy radzą opakowanie w mniejszych lub większych ilościach a materyały nieprzepuszczalne przedewszystkiem w blachę, papier pergaminowy i t. d. Rotter zaleca swoje pastylki lub proszek rotterynu również w puszkach blaszanych.

V. Inne środki pomocnicze dla aseptyki w polu. Autor jeszcze raz zwraca uwagę, że w polu obok zakażenia przez dotykanie obawiać się należy i zakażenia powietrznego dla tego starać się należy, aby ranni jak najrychlej dostali się pod dach. W tym względzie zalecają się baraki przenośne. Jak zaś z jednej strony rany czyste chronić musimy od zanieczyszczenia przez dotykanie się lub z powietrza, tak z drugiej strony rany zanieczyszczone oczyścić musimy; zanieczyszczenie ran wywołuje bowiem ropienie, zgorzel i tężec. Rany oczyścić trzeba przez opłukiwanie płynami antyseptycznymi lub aseptycznymi a w braku wody stosować można suchy opatrunek Landerera, który do oczyszczenia ran używa suchych zwitków gazy sublimatowej. Krwotoki tamować należy opaską elastyczną lub chustką trójkątną uciskającą kończynę dośrodkowo od miejsca broczącego; turnikietów używać nie należy. Esmarch nadaje elastycznym szelkom taki kształt, że z nich łatwo opaskę improwizować można. Na stanowisku opatrunkowem celem tamowania krwotoków nie należy podwiązywać naczyń, lecz tylko wytamponować ranę gazą jodoformową, która się okazała bardzo stosowną tak w praktyce podczas pokoju, jakoteż i podczas wojny. Na szczególniejszą uwagę zasługują rany głowy i brzucha. Co się tyczy ran postrzałowych głowy, jest autor tego zdania, co Habart, iż większość rannych zginie. Słusznie wszakże radzi, aby przed opatrzeniem tychże ran włosy ogolić i okolicę dokładnie oczyścić. Co się tyczy ran postrzałowych brzucha, każe je aseptycznie opatrzyć i przed innymi rannymi odesłać do szpitala; występuje jednakże przeciwko zdaniu sprawozdawcy i sprzeciwia się laparotomii na polu bitwy. W tym względzie podsuwają mi myśli, jakich nie miałem. Wszakże powiedziałem tylko: „w razie wojny chyba tylko bardzo mała ilość z ranami brzucha dostanie się do szpitala; przeważna liczba umrze na pobojowisku lub w drodze, jak tego doświadczył Habart w latach 1876, 1877 i 1878. Z tego względu należałoby laparotomię wykonywać jak najrychlej, nawet jeżeli można, w miejscu pierwszej pomocy“. Że tylko tak rozumieć mnie należy a nie inaczej, sprostowałem w dyskusyi nad działaniem broni palnej podczas zeszłorocznego zjazdu chirurgów niemieckich. Że laparotomia i szew jelitowy w niekorzystnych warunkach dadzą się wykonać, o tem poucza nas praktyka wiejska a szew jelita w przypadkach zranień tegoż zaledwie kilka minut wymaga. Inaczej rzecz się ma w przypadkach resekcyi jelit. Z resztą w chirurgii polowej zależeć musi od bystrego ocenienia lekarza, którzy chorzy w danej chwili jego pomocy najbardziej potrzebują i jaki rękoczyn jest najpilniejszym. W dalszym ciągu omawia autor, jak narzędzia mają być opakowane przemawiając tylko za blachą i poświęciwszy jeszcze kilka słów, w jaki sposób stare już zużyte opaski znowu do użycia przysposobić można, streszcza w krótkości swą pracę.

Niniejsze sprawozdanie nieco obszerniejsze wygotowałem na żądanie Szanownej Redakcyi Przeglądu lekarskiego. Jest to bowiem kwestya będąca na porządku dziennym i z niego dowiedzieli się Szan. Czytelnicy o zapatrywaniach, rozmaitych chirurgów. Praca Wagnera jest wyczerpującą, razi jednak zupełne pominięcie literatury polskiej. Powołując się na prace sprawozdawcy przytacza zeszyt 12. *Wiener Klinik* z r. 1890 i przemówienie jego na zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie w r. 1892; nie wspomina jednak nic, iż ta praca pojawiła się w *Przeglądzie lekarskim* w r. 1890 i że w tymże roku sprawę działania broni palnej Mannlicherowskiej obszernie roztrząsano na zjeździe chirurgów polskich w Krakowie a zatem o dwa lata wcześniej, aniżeli tę rzecz traktowano na zjeździe w Berlinie. Przypomnieć także należy, iż podczas zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1891 Wołkowicz również miał wykład w kwestyi broni systemu Mannlichera i okazał zniekształtnione kule i preparaty anatomiczne. Pominięcie prac tych przez lekarza przebywającego w Przemyślu bądź co bądź razi. (*Sammlung klin. Vorträge.* Nr. 65 i 66).

Bakteryologia.

R. Koch: **O stanie obecnym rozpoznawania bakteryologicznego cholery.**

Autor radzi w następujący sposób postępować, by za pomocą mikroskopu i bakteryologicznie rozpoznać cholerę:

1) Najpierw robi się preparaty mikroskopowe, o ile można, ze strzępków śluzowych i te się bada. Jeżeli w nich widać właściwe ułożenie bakteryj cholerycznych albo ich hodowle, co wydarza się prawie w połowie przypadków, wtedy rozpoznaje się cholerę. Dla dokładnego stwierdzenia tego rozpoznania przyrządza się równocześnie hodowle na żelatynie i na peptonie. Pierwszą wsadza się do przyrządu wylęgowego w ciepłocie 22°, drugą w 37° (potrzeba więc stale mieć dwa przyrządy wylęgowe z rozmaitą ciepłotą). Po 8 godzinach blizko widać na powierzchni peptonu gęste hodowle bakteryj cholerycznych, w którym to przypadku robi się próbę indolową a płytki żelatynowe okazują mniej więcej po 20 godzinach właściwe formy kolonij bakteryj cholerycznych.

2) Jeżeli badanie drobnowidowe nie daje wyników pewnych, wtedy należy zaraz z materyału badanego założyć hodowle na żelatynowych płytkach i na peptonie, o ile można także na płytkach agarowych. Płytki żelatynowe pozostawia się w ciepłocie 22°, płytki agarowe i peptonowe w ciepłocie 37°. W 6 godzin po rozpoczęciu badania, bada się drobnowidowo od czasu do czasu hodowle peptonowe, czy w nich nie widać zakrzywionych bakteryj. Jak się tylko pokazują, zakłada się na nowo płytki agarowe a mianowicie już z kultury peptonowej, aby otrzymać jak najprędzej wielkie kolonie prątków cholerycznych. To może nastać już w 10 godzin po zaszczepieniu płytek agarowych i wtedy już można, jeżeli ilość ich jest bardzo obfita a tymczasem i na płytkach żelatynowych kolonie grzybka cholerycznego przeważnie się rozwinęły, na pewne rozpoznać

cholerę, o czem zresztą później można się przekonać za pomocą hodowli na agarze albo żelatynie i przez próbę indolową.

3) Może się także wydarzyć, że w hodowli peptonowej, chociaż nieco później i w mniejszej ilości, pojawią się prątki przecinkowe, gdy równocześnie na płytkach z żelatyną bardzo nieliczne albo nawet wcale nie charakterystyczne kolonie znaleść można. Wtedy polega wszystko na dobrem zużytkowaniu płytek agarowych, jakie zaszczepiono z hodowli peptonowych. Na tych pokazują się nawet w takich trudnych okolicznościach jeszcze podejrzane kolonie. Te należy zaraz rozmnożyć w czystych hodowlach na świeżych płytkach agarowych, w rurkach peptonowych i na płytkach żelatynowych i o ile można, jak najprędzej należy zrobić próbę indolową i na zwierzęciu; w przypadkach bowiem takich wątpliwych należy odbyć zawsze próbę także na zwierzęciu, aby postępować całkiem pewnie. Może być nawet korzystnie z pierwszych hodowli peptonowych, w których pod mikroskopem jeszcze mało widać prątków przecinkowych, hodować natychmiast drugą generacyą w rozczynie peptonowym, aby przez to mieć większy zasób bakteryj i łatwiej badać dalej.

Nawet w takich trudnych przypadkach, które zresztą nie są częste, można badanie ukończyć najpóźniej w przeciągu dwóch dni.

Aby w wodzie wykryć prątki choleryczne, radzi Koch do 100 cm. wody mającej się badać, najlepiej do kilku równocześnie próbek, nalać wprost dostateczną ilość peptonu i soli kuchennej (z obudwu po 1 procencie) i roztwór ten pozostawić potem w 37° ciepła.

Po 10, 15 i 20 godzinach należy z peptonowej hodowli robić agarowe na płytkach. Badanie mikroskopowe hodowli peptonowych ma w tym przypadku podrzędne znaczenie, ponieważ w ten sposób można prawie z każdej wody wyhodować prątki krzywe, podobne bardzo morfologicznie do prątków cholerycznych. Tymczasem wszystkie kolonie agarowe podejrzane z wejrzenia bada się naprzód pod mikroskopem i jeżeli okazują zakrzywione bakterye, dalej się je rozmnaża, aby zrobić próbę indolową i na zwierzętach. Próba na zwierzątach w badaniu wody musi uzupełniać rozpoznanie.

Prawie regularnie, w każdym razie bardzo często, znachodzą się w wodzie najrozmaitszego pochodzenia zakrzywione bakterye, które podobnie, jak choleryczne gromadzą się w górnych warstwach hodowli peptonowych. Wszystkie te bakterye różnią się mniej więcej co do wejrzenia w koloniach agarowych i żelatynowych od bakteryj cholerycznych a nie dają próby indolowej i na zwierzętach. (*Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten. XIV. Bd., II. Heft*).

Dr. Buszek.

Choroby dzieci.

Nolden: Dwa przypadki zatrucia bromoformem wraz z uwagami nad leczeniem kokluszu.

Autor opisuje objawy dwóch przypadków zatrucia bromoformem, z których jeden tyczył się dziecka $2^1/_2$ roku mającego po wyżyciu 4 gramów tego leku, drugi dziecka 3-letniego po wyżyciu 6 grm. na raz. Objawy zatrucia były: nieprzytomność, zamartwica, sinica, obniżenie się ciepłoty, obrzęk płuca, tętno nikłe, przepuszczające, brak uderzenia koniuszkowego serca. Oba przypadki wyleczono.

Autor obserwował u pierwszego dziecka w tej narkozie napad kokluszu, u drugiego ustąpił koklusz zupełnie po przebudzeniu się z narkozy, co naprowadza autora na domysł, że lek ten działa swoiście, ale dopiero w dawce nadzwyczaj wielkiej, prawie śmiertelnej; ztąd też skutki leczenia tym środkiem są pewne, lecz niebezpieczne. (*Therapeut. Monatshefte. Mai. 1892*). *Dr. Komorowski.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciw przewlekłemu obrzmieniu śledziony w malaryi używa Wilson pigułek według przepisu:

67) Rp. *Chinini sulfurici*
Ferri hydrogenio reducti
āā 8·00
Strychnini sulfurici
Acidi arsenicosi
āā centigrmta 15
Exti gentianae q. s.
M. exactissime
F. l. a. pill. nro 70
DS. Po trzy pigułki dziennie zażywać.

(*La semaine médicale. 26. 1893*).

W nieżycie oskrzelowym u starców zaleca E. Maragliano kwas bedźwinowy z taniną:

68) Rp. *Acidi benzoici 0·30*
Tannini 0·15
M. f. p. D. tales doses XX.
S. Po 4 do 5 proszków dziennie zażywać.

(*La semaine médicale. 19. 1893*).

Jako najczulszy obecnie odczynnik białka podaje Spiegler płyn sporządzony według poprawnego przepisu:

69) Rp. *Hydrargyri bichlorati corr. 8·00*
Acidi tartarici 4·00
Aquae destil. 200·00
Glycerini puri 20·00

Czułość tego odczynnika znajduje się na granicy stósunku 1:350000; używa się go zaś w sposób następujący: mocz badany zakwasza się mocno kwasem octowym i w razie potrzeby przesącza. Do rurki odczynnikowej nalewa się 2 cm. sz. przerzeczonego odczynnika i z pipety dolewa doń moczu powoli tak, iżby kropla po kropli spływała po rurce. W razie obecności białka pokazuje się wyraźny pierścień białawy na granicy dwóch tych płynów znajdujących się jeden na drugim. (*Centralblatt f. klin. Medicin. 3. 1893*).

IV. Wiadomości bieżące.

— Wykaz lekarzy Polaków praktykujących w zdrojowiskach i klimatycznych miejscach, w piśmie naszem niedawno umieszczony, uzupełniamy wzmianką, iż prócz już wymienionych praktykują *w Busku* Dr. Józef Radziszewski a *w Swoszowicach* pod Krakowem Dr. Tomasz Kotulecki.

— V. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie. — Z dalszymi wykładami zgłosili się:

10) Prof. Obaliński (z Krakowa): Uwagi nad laparotomią z powodu niedrożności jelit na podstawie 110 własnych przypadków.

11) Dr. Krasowski (z Krakowa): Przedstawienie przyrządu Schedego do leczenia skoliozy.

O dalsze zgłoszenia się uprasza *Prof. Rydygier.*

— Otrzymujemy następujące pismo:

Weszło od jakiegoś czasu w zwyczaj, że tak Sz. Publiczność, jak i PP. Lekarze zwracają się do Stacyi ratunkowej z prośbą o przewiezienie chorych, którzy niekoniecznie do tego potrzebują wozu ratunkowego lub, którzy jako niekwalifikujący się do przyjęcia w zakładach leczniczych, muszą z powrotem odbywać podróż w wozie ratunkowym.

Ze względu więc na to, że przez niewłaściwe wzywanie traci się dużo czasu i psują się niepotrzebnie wozy ratunkowe, Zarząd Stacyi ratunkowej uprasza niniejszem, aby tak Sz. Publiczność, jak i PP. Lekarze raczyli wzywać pomocy Stacyi ratunkowej tylko w nagłych przypadkach a wozu ratunkowego używać do przewożenia tylko takich chorych, których w inny sposób przewieźć nie można z wykluczeniem naturalnie chorób zakaźnych.

Wszystkie dzienniki tutejsze upraszam o łaskawe powtórzenie niniejszego ogłoszenia.

Kraków dnia 31. maja 1893 r. *Prof. Dr. Obaliński,*
prezes Tow. Rat.

— Zjazd ginekologów niemieckich odbył się we Wrocławiu w dniach od 25—27. maja włącznie. Udział w zjeździe był liczny. Przewodniczył Fritsch z Wrocławia. Między innymi zauważyliśmy Zweifla, Sängera i Döderleina z Lipska, Kaltenbacha z Halli, Leopolda z Drezna, Olshausena, Martina, Veita, Muchenrodta z Berlina, Winkla z Monachium, Chrobaka, Schautę i Koffera z Wiednia, Fehlinga z Bazylei, Frommla z Erlangi, Tauffera z Budapesztu, Dohrna z Królewca. Z lekarzy Polaków byli obecni: Neugebauer i Kurtz z Warszawy, Święcicki z Poznania, Szuman z Torunia, Stroynowski ze Lwowa,

Rydygier, Mars, Rosner i Zoll z Krakowa. W pierwszym dniu zjazdu zastanawiano się nad miejscem przyszłego zjazdu (1895). Proponowano Lipsk i Wiedeń. Jako miejsce zjazdu uchwalono Wiedeń wszystkiemi głosami przeciw głosom gościnnych ginekologów lipskich Zweifla, Sängera i Döderleina. Tegoż dnia roztrząsano kwestyę cięcia łonowego. Referował Zweifel, który na podstawie własnych przypadków zabieg ten gorąco poleca i sądzi, że łatwiej niż cięcie cesarskie da się wykonać w praktyce prywatnej. Referat wywołał ożywioną dyskusyę, w której zabierały głos nieomal wszystkie powagi. Trudno przytaczać zapatrywania się każdego mówcy z osobna. Z dyskusyi wynieśliśmy jednak przekonanie, że przeważająca liczba członków zjazdu nie zgadzała się z zapatrywaniami referenta. Podnoszono techniczne trudności, które wprost uniemożliwiają wykonywanie cięcia łonowego w praktyce prywatnej, możność znaczniejszych okaleczeń i t. d. Pierwszy dzień zakończono zebraniem się towarzyskiem w restauracyi na Liebigshöhe.

Dnia 26. maja rozpoczęto posiedzenie od wielu demonstracyj. Największe zaciekawienie i uznanie zyskały demonstracye Marsa z Krakowa i Zweifla z Lipska. Mars okazał swój atlas plastyczny operacyj ginekologicznych, składający się ze 108 odlewów gipsowych. Okazy te, wykonane z precyzyą i uwidoczniające w sposób nader pouczający cały szereg zabiegów, używanych w ginekologii zwróciły na siebie uwagę członków zjazdu a przedewszystkiem profesorów klinicznych. Nie szczędzono też autorowi licznych powinszowań i gorących słów uznania. Notujemy to z prawdziwą radością.

Zweifel okazał odlewy gipsowe dwóch przekrojów kobiet zmarłych podczas porodu. Przekroje te wzbogacą niewątpliwie szczupłą w tej dziedzinie literaturę.

Z kolei wypowiedział Schauta z Wiednia swój referat o operacyach wykonywanych na częściach dodatkowych macicy na podstawie 216 własnych spostrzeżeń. Dyskusya, która się wywiązała na podstawie tego referatu, dowodzi, że w kwestyi cierpień zapalnych części dodatkowych nie wiemy nic pewnego. Wypowiadano zdania rozmaite od konserwatywnych do najradykalniejszych; w końcu jednak przyznano, że sprawa wymaga jeszcze całego szeregu lat sumiennej obserwacyi.

W przerwie pomiędzy posiedzeniem rannem a wieczornem podejmowali państwo Mikuliczowie bardzo wielu gości zjazdu a między innymi wszystkich Polaków. Wieczorem odbyła się wspólna składkowa uczta w Zwingerze. Wznoszono mnóstwo toastów.

— Sekcya gleichenberska Towarzystwa lekarzy styryjskich na posiedzeniu odbytem dnia 29. maja r. b. wybrała przewodniczącym Dra E. Brühla, członkiem zaś komitetu Dra S. Bulikowskiego. Wybór tych dwóch lekarzy Polaków nie jest bez praktycznej doniosłości, jeżeli się uwzględni, że komitet tej sekcyi lekarskiej jest organem doradczym zarządu zdrojowiska, przewodniczący zaś sekcyi pełnić będzie czynności naczelnego lekarza w Gleichenbergu.

— W Kołomyi sprawdził w dniu 16. Maja r. b. weterynarz miejski ospę naturalną u krów, zebrał treść króst i przesłał ją do zakładu krowiankowego Prof. Dra A. Barańskiego we Lwowie celem rozmnożenia. Zakład ten otrzymał tego roku już po raz wtóry prawdziwą ospę z krów, co wskazuje, iż w kraju naszym pojawia się wcale nie rzadko ospa naturalna u krów.

— Ze zdania sprawy ogłoszonego przez inspektora szpitali cywilnych warszawskich prof. Czausowa wyjmuje miesięcznik higieniczny *Zdrowie* następujące cyfry odnoszące się do leczonych w Warszawie przypadków duru brzusznego (*typhus abdominalis*) a wskazujące na widoczny a korzystny wpływ wodociągów. I tak leczono

w r. 1881	osób	1557	w r. 1887	osób	509
„ 1882	„	1235	„ 1888	„	672
„ 1883	„	1220	„ 1889	„	670
„ 1884	„	1034	„ 1890	„	450
„ 1885	„	886	„ 1891	„	398.
„ 1886	„	1058			

Nekrologia. Zmarli: w dniu 2. czerwca r. b. Dr. Wilhelm Dziarkowski w Woli więcławskiej w król. polskiem w gubernii kieleckiej, przeżywszy lat 63. — W Wilnie Dr. Adolf Majewski, starszy lekarz tamtejszego szpitala św. Jakóba i dyrektor szkoły akuszerek, przeżywszy lat 67. Zmarły był rodem z Kowna i uzyskał stopień doktora medycyny w r. 1857 w uniwersytecie dorpackim. — W Berszadzie na Podolu Dr. Michał Domanicki b. uczeń uniwersytetu kijowskiego, który ukończył dopiero przed pięcioma laty, z duru osutkowego, którego się nabawił od chorych. — W Turynie w dniu 14. maja Jacek Pacchiotti, profesor chirurgii w tamecznym uniwersytecie i lekarz ordynujący oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Jana. — W Berlinie w dniu 24. maja Dr. Paweł Guttmann, docent prywatny uniwersytetu, lekarz naczelny miejskiego szpitala w Moabicie w Berlinie, autor wielu cennych prac z zakresu nauki o chorobach wewnętrznych, jak wydanej wspólnie z prof. Eulenburgiem fizyologii i patologii nerwu współczulnego, podręcznika o metodach badania klinicznego przetłómaczonego na wiele języków obcych a między niemi na polski i redaktor roczników medycyny dla lekarzy praktycznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 17. Czerwca 1893. Nr. 24.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Péres,

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. W sprawie podwiązania i resekcyi tętnic kręgowych jak również i resekcyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej.

Napisał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 23.)

Herman Kümmel[1]) w Hamburgu operował w różny sposób 10 osób dotkniętych padaczką. U dwóch chorych dotkniętych padaczką samoistną podwiązał tętnicę kręgową, w jednym przypadku tylko po jednej stronie, w drugim po obu stronach; w obu przypadkach bez skutku, gdyż po 8 latach po operacyi wystąpiły znowu napady. W następnym przypadku padaczki samoistnej wyciął Kümmel po jednej stronie górny zwój szyjny nerwu współczulnego podług Alexandra z przemijającym skutkiem dobrym.

Kümmel zarzucił więc dalsze próby z podwiązaniem tętnic kręgowych i wycięciem zwojów górnych nerwu współczulnego w padaczce samoistnej. W 4 przypadkach padaczki samoistnej bez poprzedzającego urazu, w których stwierdził obecność pewnego punktu bolesnego na czaszce i w których sposób powstawania napadów nie wskazywał na siedlisko w pewnem ognisku ruchowem, wykonał Kümmel trepanacyę w owych czułych miejscach na czaszce. Podczas operacyi nie znalazł Kümmel żadnych zmian anatomicznych ani na czaszce, ani na oponach mózgowych, ani też w istocie korowej. Do trepanacyi używał K. dłuta, przyczem robił małe otwory w czaszce (wielkości marki) a ubytek w czaszce pokrywał kawałkami z kości odwapnionej (Senn), która wrastała. Wyniki po trepanacyi były niezłe, gdyż w niektórych przypadkach mógł zauważyć ustąpienie napadów na dłuższy lub krótszy czas i poprawę stanu umysłowego. Najlepsze jednak wyniki miał Kümmel po trepanacyi w padaczce Jacksonowskiej. Kümmel operował w 3 podobnych przypadkach; we wszystkich można było z góry oznaczyć ośrodki ruchowe, z których napady brały swój początek. Do trepanacyi używał albo trepanu (w jednym przypadku) albo wykonywał osteoplastyczną resekcyę czaszki według Wagnera na znacznym obszorze. Wyniki były następujące: w jednym przypadku ustąpiły napady na przeciąg 3½ lat, w drugim nastała znaczna poprawa tak co liczby napadów, jak co do stanu umysłowego chorego, w trzecim znikły napady na 8 tygodni, t. j. do chwili ogłoszenia przypadku.

Kümmel uważa więc tylko te przypadki padaczki samoistnej za przydatne do trepanacyi, w których znajduje się pewien punkt bolesny na czaszce; i tu można się tylko spodziewać poprawy. Co do padaczki odruchowej, sklania się Kümmel do poglądów Bergmanna, że padaczkę odruchową należałoby zaliczyć do ogólnej nerwicy, tj. do padaczki samoistnej, gdyż bodziec wychodzący z blizny powierzchownej musiał zadziałać na korę mózgową przez ciągłe drażnienie w ten sposób, że w niej powstały zmiany podobne do zmian w padaczce samoistnej.

W. Sachs[1]) z Nowego Jorku uważa padaczkę samoistną za bardzo rzadką postać chorobową i przypuszcza, że ona jest zazwyczaj następstwem urazu w wieku dziecięcym. Sachs sklania się do poglądów Férégo, Mariego i Chaslina, że patologicznym czynnikiem w padaczce jest stwardnienie czyli skleroza kory mózgowej jako następstwo wynaczynienia krwi podczas porodu. Sachs uważa więc stwardnienie za prawdziwą przyczynę padaczki samoistnej i urazowej. Napady mogą według niego wystąpić w miesiące lub lata po urazie czaszki. W przypadkach więc urazów czaszki, w których przypuszczać należy jej obrażenie lub wynaczynienie krwi w oponach mózgowych, należy według Sachsa trepanować zapobiegawczo, ażeby zapo-

[1]) l. c.

[1]) New York medical Journal 1892, February 20.

biedz owemu stwardnieniu; skoro objawy jego wystąpią, należy wyciąć owo miejsce stwardniałe w korze mózgowej. Ponieważ jednak obszar, w którym nastąpiła owa zmiana chorobowa, nie da się nigdy oznaczyć, radzi Sachs zawsze wykonywać wcześnie operacyę w przypadkach obrażeń czaszki.

Praktyczne wnioski, które wysnuwa Sachs, są następujące: 1) w każdym przypadku padaczki, w którym poprzedził uraz, należy wykonać operacyę jak najwcześniej, ażeby zapobiedz stwardnieniu; 2) napady początkowe są wskazówką, że już pojawiło się następowe stwardnienie; operując w tym okresie, można wstrzymać postęp choroby; 3) wycięcie chorego ogniska jest jedynym racyonalnym zabiegiem; jeżeli inne ogniska nie są w stanie podrażnienia, możemy się spodziewać dobrego skutku z trepanacyi.

Według Sachsa w 44% wszystkich przypadków drgawek dziecięcych rozwija się w następstwie padaczka i w padaczce samoistnej można często, badając ściśle, przekonać się o porażeniu nieznacznem w następstwie przebytych drgawek dziecięcych. Drgawki mogą pojawić się już w czasie życia płodowego lub w pierwszych miesiącach życia pozamacicznego w następstwie krwotoku, zakrzepu tętnicy lub zatoru; następstwem dalszem są zmiany sklerotyczne.

Z 4 przypadków Sachsa trepanacyi z przyczyny padaczki samoistnej, tylko w jednym nastąpiło widoczne polepszenie. Natomiast lepsze skutki miał Sachs z trepanacyi z przyczyny padaczki urazowej, tj. padaczki w następstwie obrażeń czaszki w wieku dziecięcym. We wszystkich 3 odnoszących się do tego przypadkach, nastąpiło trwałe polepszenie, gdyż chorzy wolni byli od napadów przez przeciąg 3 a względnie 6 miesięcy od czasu operacyi.

S. W. White[1]) z Filadelfii zwraca uwagę na okoliczność, że zabiegi operacyjne same przez się a nawet cięższe uszkodzenia ciała mogą czasowo albo trwale wstrzymać napady padaczkowe. Zabiegi operacyjne, które wstrzymały na pewien czas lub trwale napady padaczkowe, są następujące: trepanacya czaszki, podwiązanie tętnic kręgowych lub szyjnych wspólnych, wycięcie górnego zwoju szyjnego nerwu współczulnego, kastracya, tracheotomia, przecięcie blizn na czaszce, naciąganie nerwu kulszowego a wreszcie inne operacye i przypadkowe uszkodzenia ciała. White zebrał 154 przypadków z przystępnej sobie literatury w tablicę, z której okazuje się, że rzeczywiście w 154 przypadkach leczonych z umysłu za pomocą przytoczonych zabiegów, albo też, w których operowano dla innej przyczyny, nastąpiło znaczne polepszenie albo wyleczenie.

Z tych w 56 przypadkach trepanacyi celem leczenia padaczki albo nie znaleziono żadnych zmian ani w czaszce, ani w oponach mózgowych, albo też znaleziono tylko bardzo nieznaczne zmiany (jak zgrubienie czaszki, nieco płynu surowiczego pod oponą miękką). White nie może sobie dokładnie zdać sprawy, dlaczego tak różnorodne zabiegi wpływają korzystnie na padaczkę; przypuszcza też jednak wpływ psychiczny samych zabiegów.

Wspomnieć tutaj muszę o wpływie szczepień ochronnych Pasteura przeciw wściekliźnie na padaczkę[2]). W r. 1891 leczono w zakładzie Pasteura dwóch młodych epileptyków pokąsanych przez wściekłe psy; leczenie odniosło dobry skutek, jednak, co rzecz ciekawsza, napady padaczkowe ustąpiły. Zdziwiony tem spostrzeżeniem Pasteur zakomunikował to Charcotowi. Dnia 6. maja 1892 roku dostawił Charcot zakładowi Pasteura dwóch dwunastoletnich chłopców, dotkniętych ciężką postacią padaczki. Zastósowano u nich szczepienia słabsze i po 6 dniach od rozpoczęcia leczenia stwierdzono ustąpienie napadów, które przedtem pojawiały się bardzo często.

[1]) J. William White. The supposed curative effect of operations per se. Annals of Surgery Vol. XIV. August and September 1891.

[2]) porównaj Lancet 1892, Vol. I, str. 1222.

A. de Giovanni[1]) zachęcony temi wynikami użył tego sposobu leczenia u kobiety, cierpiącej od 5 lat na coraz częstsze napady padaczkowe; w ostatnich czasach miała miewać po 5—6 napadów dziennie. Prócz tego dostrzeżono u chorej napady majaczenia i utrudnienia mowy i zmniejszenie się intelligencyi. Po szczepieniu przeciw wściekliźnie miano widzieć już drugiego (!) dnia polepszenie, ustąpienie napadów i poprawę stanu umysłowego. Giovanni spodziewa się trwałego wyleczenia (!?).

Wreszcie prof. V. Babes[2]) z Bukaresztu poleca podskórne wstrzykiwania prawidłowej substancyi mózgowej (zawiesiny w bulionie) nie tylko w neurastenii i melancholii, ale także w padaczce samoistnej. Do tej terapii zachęciło go spostrzeżenie, że osoby pokąsane przez psy wściekłe za użyciem wzmocnionej metody Pasteurowskiej miały być uwolnione od dawnych cierpień nerwowych a głównie melancholii i padaczki. Babes tłómaczył sobie korzystne działanie tych szczepień w ten sposób, że w tej metodzie wzmocnionej czynnikiem leczniczym jest właściwie wielka ilość wprowadzonej substancyi nerwowej, która dostawszy się do układu limfatycznego może wpłynąć korzystnie na osłabiony układ nerwowy.

W pierwszej swej pracy[3]) przytacza Babes obok znacznej liczby przypadków neurastenii i melancholii w ten sposób uleczonych, także 6 przypadków padaczki samoistnej, w których po wstrzykiwaniach podskórnych zawiesiny substancyi nerwowej (mózgowej), w bulionie w stosunku 1 : 5 (u epileptyków po 5—6 wstrzykiwań tygodniowo zawsze po 5—6 gr. zawiesiny) następowała zawsze bardzo szybko (już drugiego dnia) znaczna poprawa.

W drugiej pracy[4]) powiada Babes, że po usunięciu tych wstrzykiwań u osób dotkniętych padaczką napady powracały. W 11 następnych przypadkach padaczki samoistnej również widziano po tem leczeniu znaczną poprawę. Babes zaleca i w drugiej swej pracy stósowanie swojej metody w padaczce.

Constantin Paul z Paryża również z korzyścią miał używać metody Babesa w padaczce. Babes zastrzega się przeciw braniu za jedno swojej metody z metodą Brown-Séquarda (wstrzykiwania wyciągu z soku jąder), również zaprzecza skuteczności jadu wścieklizny w razie szczepień metodą Pasteurowską w padaczce a skutek przypisuje wprowadzonej przytem do układu limfatycznego znacznej ilości substancyi nerwowej.

Po porównaniu opinij przytoczonych powyżej autorów a po części na podstawie własnego doświadczenia przyszedłem do wniosków następujących:

1) W razie wybitnych objawów urazowej padaczki Jacksona wskazaną jest trepanacya czaszki wraz z otwarciem opony twardej i usunięciem dokładnem ogniska w korze mózgowej wywołującego kurcze padaczkowe (*epileptogene Zone*) (Bergmann).

[1]) Riforma medica z 12. lipca 1892.

[2]) Ueber die Behandlung der genuinen Epilepsie und der Neurasthenie mittelst subcutaner Injection von normaler Nervensubstanz. Deutsche medicin. Wochenschrift 1892, Nr. 30, 28. Lipiec, str. 683 i 684 i Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Neurasthenie, Melancholie und genuinen Epilepsie mittelst Injectionen normaler Nervensubstanz. Deutsche medizin. Wochenschrft 1883, Nr. 12, 23. Marzec, str. 279 i 280.

[3]) l. c.

[4]) l. c.

2) Zabiegi chirurgiczne w padaczce samoistnej są usprawiedliwione tylko w przypadkach świeżych.

3) W padaczce samoistnej wskazaną jest trepanacya w przypadkach z niedowładem pewnych grup mięśniowych, wskazującym na pewne ograniczone ognisko, dalej w przypadkach, w których kurcze w zakresie pewnych grup mięśniowych wyprzedzają kurcze ogólne, w których więc przypuszczać należy zadrażnienie pewnych ośrodków ograniczonych.

4) W każdym przypadku urazu czaszki z depresyą kości należy jak najwcześniej przystąpić do eksploracyjnej operacyi, t. j. przekonać się, czy blaszka wewnętrzna nie sterczy na wewnątrz. Operacya eksploracyjna w tych razach jest wskazaną nie tylko, w razie wystąpienia objawów uciskowych, ale i bez nich w celu zabezpieczenia się przeciw padaczce w następstwie urazu.

5) Wszelkie zabiegi na układzie naczyniowym mózgu i tętnicach kręgowych i szyjnych domózgowych należy zarzucić. Chwilowe polepszenie się w niektórych przypadkach przypisać należy wpływowi psychicznemu.

6) Również szczepienia jadem wścieklizny i szczepienia prawidłowej substancyi nerwowej wydają mi się nieracyonemi a chwilowe polepszenie w niektórych przypadkach przypisać należy wpływowi psychicznemu.

7) W świeżych przypadkach padaczki samoistnej, w których kurcze kloniczne ogólne występują odrazu a w których nie można wykryć żadnej przyczyny obwodowej, uważałbym za usprawiedliwione dalsze próby z wycięciem po obu stronach górnego zwoju szyjnego nerwu współczulnego podług A l e x a n d r a. Zamiast wycięcia zwoju górn go możnaby w przypadkach tych spróbować zastósowanego po raz pierwszy przezemnie wycinania pnia nerwu współczulnego w znaczniejszej długości; należałoby jednak nerw ten resekować po obu stronach wraz z wszystkimi trzema zwojami (górnym, środkowym i dolnym).

Działanie lecznicze tego zabiegu tłómaczę sobie jedynie w ten sposób, że może w przypadkach tych rozchodzić się o padaczkę odruchową a przez wycięcie nerwu współczulnego usunąć można drogę przewodnictwa od nieznanego bodźca zewnętrznego wprawiającego korę mózgową w stały stan podrażnienia.

II. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 5. maja 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

W dalszym ciągu swoich odczytów będę musiał nieraz zwracać uwagę Panów na tę okoliczność.

Wszystkie czynności naszej świadomości odbywają się wedle pewnych stałych prawideł. Czynności te nazywamy wedle Lockego, Herbarta i innych filozofów - psychologów wyobrażeniami (*apperceptiones*, *Vorstellungen*). Schröder van der Kolk nazwał te miejsca kory mózgowej, w których się tworzą te wyobrażenia, ośrodkami wyobrażeń (*centra apperceptionis*); miejsca zaś, w których się tworzą pierwsze poczucia zmysłowe, ośrodkami poczucia (*centra perceptionis*). Ostatnie umieszczone są, jak wiemy, w ośrodkach mózgowych podkorowych. Poczuciem (*perceptio*, *Empfindung*) nazywamy zmianę nieoznaczoną dokładnie a więc niewyraźną i nieokreśloną ściśle; zmianę zaś ściśle i dokładnie określoną zowiemy wyobrażeniem, względnie spostrzeżeniem (*Wahrnehmung*). Poczucie pozostawia nas jeszcze w niepewności o tem, co czujemy; wyobrażenie, względnie spostrzeżenie przeciwnie daje nam jasny i pewny obraz tego, co czujemy. Niektórzy nazywają spostrzeżeniem czucie przedmiotowe, które zazwyczaj jest też ściśle określone; wszelkie zaś czucie podmiotowe a raczej ogólne, niewyróżnione ściśle, nazywają ogólnie poczuciem. Za pomocą zmysłów czujemy więc albo spostrzegamy.

Różne rodzaje czucia zmysłowego możnaby podzielić na 4 odrębne działy a mianowicie: czucie skórne, mięśniowe, wnętrznościowe i zmysłowe — a wszędzie rozróżnić możemy nadto: nadczułość czyli przeczulicę, t. j. zwiększenie czucia (*hyperaesthesia)*, niedoczułość, t. j. zmniejszenie czucia (*hypaesthesia*), bezczułość, t j. zniesienie czucia (*anaesthesia*), w końcu zboczenie czucia (*paraesthesia*). Czucie skórne może być także rozróżnione na przedmiotowe i podmiotowe. Przeczulica pierwszego cechuje się nadmierną drażliwością na każdy ucisk, każde dotknięcie, każdą zmianę ciepłoty i t. p. Niedoczułość w tym względzie cechuje się przeciwnym objawem. Czucie rozmiaru doznaje zazwyczaj także pewnej zmiany w takich razach i zdaje się, że na tem właśnie polega uczucie nadzwyczajnej długości albo krótkości, względnie uczucie nabrzmienia lub skurczenia się. Uczucie to może tyczyć się całego ciała albo tylko pewnej jego części, jednej strony lub tylko jednego członka; może zatem być ogólne albo częściowe.

Na zmianie czucia ciepłoty polega uczucie nadmiernego gorąca (*ardor*) albo wielkiego zimna (*algor*); na zmianie czucia dotykowego, t. j. ciśnienia, względnie rozmiaru, polega uczucie swędzenia, jak w *pruritus*, mrowienia (*formicatio*, *Kriebeln*, *Ameisenkriechen*), pokłówania (*picotement*, *Prickeln*), łażenia robaków (*verminatio*, *Würmerwinden*), łaskotania (*titillatio*, *Kitzeln*). I te uczucia mogą tyczyć się całego ciała lub pewnej tylko jego części; zwykle tyczą się one tułowia lub głowy, czasem kończyn, niekiedy części płciowych, zwłaszcza u kobiet. Tu należą także różne omamy i złudzenia czucia, jak n. p. uczucie dotknięcia przez zimną rękę, chwycenia i potrząsania za barki lub za kończyny albo za części płciowe, ciągnienia lub przerywanego pociągania za odzież lub za włosy, odmuchania gorącą parą lub wrzekomo jadowitym jakimś gazem albo obcym wydechem trującym i zabójczym, dalej uczucie toczenia ciała przez robactwo, wyrastania nitek i włosów z palców lub paznogci, pokrycia łuskami, piórami, szczeciną i t. p., dalej uczucie zajęcia w posiadanie przez jakąś nadziemską istotę, n. p. przez szatana, który wszędzie po ciele łazi i w różnych miejscach co chwilę się sadowi.

Przeczulica objawiać się może także uczuciem bolu w różnych miejscach (*algia v. algesia*). Ból ten może tyczyć się jednego tylko nerwu i od tego nosi nazwę *neuralgia*, n. p. *supraorbitalis*, *ischiadica*, *intercostalis*, *occipitalis*, *abdominalis*, *genitalis* i t. p.; zmniejszenie uczucia bólu nosi nazwę *hypalgia* lub *hypalgesia*; zniesienie uczucia bólu nazywamy *analgia* lub *analgesia*. Ciekawem jest także uczucie mieszane, składające się z obniżenia czucia i otrętwienia obok uczucia bolu, co daje często powód do ciągłego drażnienia odpowiedniej części ciała, n. p. przez naciskanie, gnie-

cenie, kąsanie, lub ranienie w różny sposób. Dość często spotykamy przypadki, w których chorzy, szczególnie porażeni, przez gniecenie, kręcenie, naciąganie i szarpanie sprawiali w ciągu jednej nieraz nocy zgorzel pewnych części ciała a szczególniej części płciowych z następowem zejściem śmiertelnem. Nieraz ciągłem naciskaniem na dziąsła wywołują mocne zapalenie okostnej zębowej a potem sami wyjmują sobie palcami zęby. Niekiedy chorzy nieustannie gryzą się w język albo wargi i uszkadzają je w ten sposób i t. p. W takich przypadkach obok przeczulicy albo zmiany czucia dotykowego istnieje obniżenie albo nawet zniesienie czucia bólu. Często widzimy przeciwnie obok przeczulicy bolesnej obniżenie lub zniesienie czucia dotykowego lub czucia ciepłoty. Landois i Mosler opisali dziwniejsze jeszcze przypadki, gdzie obok obniżenia lub zniesienia czucia ciepłoty istnieje podwyższenie czucia ciśnienia lub rozmiaru i odwrotnie.

Zdarza się często, że gdy w zakresie pewnych nerwów występuje zmniejszenie lub zniesienie czucia, w innych okazuje się natomiast znaczne podwyższenie czucia tak, że te nerwy do pewnego stopnia za tamte działają. Dzieje się to szczególnie w zakresie nerwów czuciowych; może jednak wystąpić także i w zakresie innych nerwów zmysłowych. Są pewne formy połowiczego zmniejszenia lub zniesienia czucia (*hemianaesthesia s. anaesthesia unilateralis incompleta v. completa)*, które znikają pod wpływem działania podwyższenia ciepłoty, drażniących olejków lotnych, prądów elektrycznych a nawet po przyłożeniu pewnych metali, występują natomiast po stronie przeciwnej i to dopóty, dopóki powyższe wpływy działają, poczem znowu wraca stan dawny. Ten rodzaj zmiany czucia zowie się *transfertem.* Arndt nazywa ten objaw *translatio aesthesis*, przeniesieniem czucia. Ciekawe to zjawisko, odkryte przez Francuzów, bliżej badał i tłómaczył sobie Adamkiewicz w ten sposób, że zmniejszenie czucia, względnie zniesienia czucia, odnosi się tylko do zadrażnień słabych i krótkotrwałych; dla długotrwałych, silniejszych zadrażnień, jakie wywołują mocne olejki eteryczne i t. p., czucie jest utrzymane i dlatego przychodzi do skutku za ich działaniem.

Po stronie przeciwnej istnieje zwykle przeczulica zastępcza i ta właśnie ustępuje, gdy chora strona wraca do swej czynności. Tak więc zjawisko wyżej wspomniane polegałoby wedle Adamkiewicza głównie na uczuciu kontrastu t. j. uczuciu znacznej różnicy w przewodnictwie czucia po obu stronach, która znika po zastósowaniu mocnych podniet czuciowych na stronę chorą. Różnica ta tyczyć się ma tylko przewodnictwa czuciowego w ośrodkach nerwowych a mianowicie w istocie szarej rdzenia kręgowego.

To samo może się także odnosić do nerwów ruchowych a wtedy mówimy o współruchach. Ciekawem także bywa często zjawisko, że odruchy nie powstają, jak to zazwyczaj bywa, po stronie zadrażnienia nerwów czuciowych, ale po stronie przeciwnej. Nazywamy je wtedy odruchami skrzyżowanymi albo dziwacznymi (*paradoxe Zuckungen*). Objaw ten polega prawdopodobnie na tej samej zasadzie co przeniesienie czucia (*translatio aesthesis*).

Skreśliłem w krótkości najważniejsze rzeczy, odnoszące się do sfery świadomego poczucia; zastanówmy się teraz nad tworzeniem się właściwej świadomości, czyli wiedzy.

Noworodek przyjmuje zaraz po urodzeniu się wrażenia ze świata zewnętrznego za pomocą zmysłów. Odczute w odpowiednich ośrodkach podkorowych i ustalone we właściwych ośrodkach korowych wrażenia różnych zmysłów zbierają się z początku luźnie i bezładnie a potem zaczynają się łączyć czyli kojarzyć ze sobą w pewne grupy. Kojarzą się ze sobą najpierw wrażenia różnych zmysłów równocześnie działające, a więc i równocześnie odczute, a potem wrażenia odczute wprawdzie nie równocześnie, ale bezpośrednio po sobie i to albo wskutek działania jednych wrażeń tuż po drugich albo też tuż obok drugich. W ten sposób gromadzi się zwolna materyał, na podstawie którego później tworzy się wyobrażenie o czasie i przestrzeni.

Przez kojarzenie wrażeń świeżo odczutych z podobnemi wrażeniami dawniej odczutemi i ustalonemi a więc mogącemi być w każdej chwili w umyśle odtworzonemi, powstaje zdolność poznawania i rozróżniania różnych przedmiotów, t. j. tworzenie wyobrażeń. Tę właśnie zdolność zowiemy świadomością. Zdolność łatwego odtwarzania doznanych i odczutych wrażeń i łatwego łączenia ich ze sobą zowiemy wyobraźnią a zdolność dokładnego i trwałego ich ustalania pamięcią.

Noworodek nie umie jeszcze rozróżniać swego własnego ciała od innych ciał świata zewnętrznego i uczy się tego dopiero z wiekiem. Za pomocą zmysłu wzroku doznaje on poczucia barwy i kształtów. Gdy częściej te same obrazy widzi, ustala je w pamięci tak, że łatwo w każdej chwili może je sobie w umyśle odtworzyć i z czasem uczy się je poznawać i rozróżniać od innych przedmiotów. Spostrzegłszy pewien przedmiot, stara się zazwyczaj ująć go rękoma. Jeżeli może go dosięgnąć, odczuwa równocześnie za pomocą zmysłu czucia jego kształt a nadto właściwość jego powierzchni i jego ciepłotę. Kojarząc te uczucia doznane za pomocą zmysłu wzroku i czucia dotykowego, zapoznaje się dokładniej z danym przedmiotem i gdy go kilka razy dostrzeże wzrokiem lub poczuje rękoma, nauczy się rozpoznawać go tem dokładniej w przestrzeni. Gdy widzi swoje nogi, chwyta je także rękoma, ale w tym razie doznaje równocześnie podwójnego poczucia ze strony zmysłu czucia dotykowego raz w rękach, którenu przedmiot chwycił a nadto w nogach w miejscu, gdzie nastąpiło zetknięcie się ich z rękoma.

To podwójne poczucie równoczesne, powtarzając się kilka razy, uczy noworodka powoli rozróżniać własne ciało jako coś odrębnego w wszechświecie, gdyż za dotykaniem się wszelkich innych ciał ma tylko pojedyńcze poczucie za każdym razem. Gdy noworodek słyszy jakiś głos, zwraca się w stronę, z której ten głos pochodzi i często spostrzega przytem przedmiot, który ten głos wydaje. Kojarzy razem wrażenia otrzymane równocześnie za pomocą zmysłu słuchu i wzroku i gdy te wrażenia powtarzają się, umie nie tylko ten nowy przedmiot odróżnić od innych, ale nadto słysząc znajomy głos, n. p. szczekanie psa i t. p., potrafi wytworzyć sobie w wyobraźni obraz tego znanego już przedmiotu, od którego dany głos pochodzi. Gdy noworodek sam głos wydaje, natenczas ma nietylko poczucie głosu, ale nadto ma poczucie ruchów mięśniowych w krtani i klatce piersiowej podczas tego wykonanych; doznaje przeto równocześnie dwojakiego poczucia ze strony swych zmysłów i gdy się to częściej powtarza, nauczy się rozróżnić głos swój od wszystkich innych głosów a tem samem znajduje nowy sposób rozróżniania siebie od innych przedmiotów wszechświata. Gdy widzi jakiś przedmiot ruszający się, doznaje tylko poczucia ze strony zmysłu wzroku; gdy widzi ruszające się swoje

ręce lub nogi, ma oprócz tego równocześnie poczucie dokonanego ruchu mięśniowego i znowu poznaje, że te ruchy należą do jego ciała a utrwala się w tem przekonaniu jeszcze bardziej, gdy się dotknie swego ciała i dozna równocześnie podwójnego poczucia ze strony zmysłu dotyku.

W ten sposób przez równoczesne doznawanie za każdym razem podwójnego poczucia zmysłowego, uczy się dziecko powoli poznawać swoje własne ciało i odróżniać je od innych przedmiotów w wszechświecie. Za pomocą zmysłu wzroku jakoteż zmysłu czucia przychodzi dziecko już w krótkim czasie do poznania, że ciało jego stanowi jedną nierozerwalną całość.

Około siebie odczuwa ono różne przedmioty i odczuwa ciągłą zmienność otoczenia, szczególnie gdy jest przenoszone na różne miejsca; równocześnie jednak przy tej ciągłej zmianie otoczenia ma od swego własnego ciała zawsze i wszędzie prawie te same, ciągle powtarzające się poczucia i przychodzi do poznania, że ciało jego jest czemś odrębnem od otoczenia a nadto, że jest jednolitem, zawsze i wszędzie z niem razem ściśle złączonem i od jego woli zależnem a przytem mało zmieniającem się — wszelkie zaś zmiany tego ciała połączone są z różnemi, szczególniejszemi poczuciami, jakich nie doznaje dziecko za zmianą innych przedmiotów w wszechświecie — są to poczucia bólu, głodu, pragnienia i t. p. — Tak zwolna przychodzi dziecko do poznawania czyli świadomości swej własnej osoby w przeciwieństwie do poznawania czyli świadomości otoczenia, t. j. świata zewnętrznego, jako czegoś odrębnego od swej własnej osoby. W ten sposób tworzy się pierwsze pojęcie o własnej osobie, t. j. tak zwane „pierwotne ja“ (*Primaeres Ich).*

To pierwotne *ja* ma także odpowiednią, sobie właściwą pierwotną wolę. Pierwsze ruchy noworodka są czysto odruchowe; wola wtedy wcale jeszcze nie istnieje. W miarę wytwarzania się świadomości, rozwija się także wola a ruchy dziecka kierują się coraz więcej ku pewnemu celowi i stają się coraz bardziej dowolnymi.

Ruchy dowolne podzielić można na dwie główne grupy a mianowicie: 1) ruchy skierowane ku temu, by przedmioty świata zewnętrznego posiąść dla własnego ciała, są to t. zw. ruchy zaczepne; 2) ruchy skierowane ku temu, by ciało własne usunąć od szkodliwego wpływu przedmiotów zewnętrznych, są to t. zw. ruchy odporne. Ruchy zaczepne ograniczają się u oseska tylko do tego, by zaspakajać głód; osesek dlatego stara się wszystkie przedmioty, które spostrzega, nie wyłączając członków własnego ciała, chwytać ustami i ssie je albo gryzie. Później stara się posiąść przedmioty działające przyjemnie na jego zmysły, t. j. przedmioty barwne lub błyszczące i dźwięczne. Ruchy odporne skierowane są u oseska z początku wyłącznie przeciw zapędom otoczenia, zmierzającym do odbierania mu pokarmów albo do krępowania jego swobody w ruchach i dlatego broni się i krzyczy, gdy mu się usuwa pokarmy przed nasyceniem, albo gdy się go ubiera lub powija, lub w jakikolwiek inny sposób swobodne jego ruchy krępuje. Później nie pozwala sobie dziecko odbierać przedmiotów działających przyjemnie na jego zmysły, wszystko chce posiąść wyłącznie dla siebie, uważa się za właściciela wszystkiego, nie uznaje niczyjej własności; jest dlatego w najwyższym stopniu samolubnem.

Z czasem przywiązuje się dziecko do pewnych ulubionych przedmiotów tak dalece, że nie pozwala dać się rozłączyć z nimi; uważa je więc niejako za nierozłączne od swej osoby a przeciw wszelkim zapędom otoczenia, mającym na celu rozłączyć je od tych przedmiotów, broni się tak silnie, jakoby chodziło o jego własną osobę. Tak tworzy się więc powoli rozszerzenie się pierwotnego *ja* na coraz szerszy zakres przedmiotów; powstaje z czasem t. zw. *ja następowe* (*secundaeres Ich).*

Człowiek łączy nierozdzielnie ze swą własną osobą najpierw osoby pielęgnujące i żywiące go, dalej krewnych, przyjaciół, znajomych, cały naród, w końcu całą ludzkość lub też pewne tylko rzeczy i to przedmioty żyjące lub nieżyjące, swój majątek i dobytek a w dalszym następstwie własność swych najdroższych osób, własność narodu, całość ojczyzny i t. d. Wykształceńsi łączą ze swą osobą nierozdzielnie pewne pojęcia i zasady a wszyscy w obronie tych przedmiotów, które razem z własną osobą tworzą t. zw. *ja następowe*, gotowi są iść tak daleko, że nawet własną osobę t. j. pierwotne *ja* poświęcają, by tamto tylko ratować. To następowe *ja* jest, jak z tego wszystkiego widać, nie tak samolubne, jak pierwotne, owszem skłonne nieraz do poświęceń wszelkiego rodzaju. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Etyologia raka w świetle badań najnowszych.

Napisał

Dr. Leon Kryński,

asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dok. Patrz Nr. 22).

Zarówno przeczące stanowisko pasorzytnictwu rakowemu zajmuje Karg w monografii swej [1]), z którą po części poznaliśmy się już poprzednio. Badał on przypadek cierpienia Pageta i wiele przypadków raka, zwracając baczną uwagę na twory opisywane jako pasorzyty przez Wickhama, Dariera, Sjöbringa i innych. *Pagets disease* nie jest to ani, jak chciał sam autor, odrębna postać chorobowa, ani, jak twierdzą inni, odmiana wyprysku przewlekłego (*eczema chronicum*), lecz nowotworowa sprawa rakowa w postaci jak najpowierzchowniejszej. Znajdujące się w tkance chorobowej twory, opisywane jako pasorzyty, nie są niczem innem, jak tylko młodemi komórkami nabłonkowemi w okresie przemiany rozwojowej (*progressive Metamorphose*), przedstawiającemi się przez to znacznie odmiennie od reszty nabłonków. Przeciwnie zaś w zwykłych rakach odnośne twory według wszelkiego prawdopodobieństwa stanowią wynik przemiany wstecznej w komórkach nabłonka. Ciałka fuksynowe Russela uważa Karg zgodnie z Klienem za ziarenka komórkowe Altmanna; co się wreszcie tyczy tych rozmaitych tworów sierpowatych, półksiężycowatych (Sjöbring, Steinhaus, Ströbe, Podwysocki i Sawczenko i inni), to, jakkolwiek trudno jest jeszcze z całą pewnością rozstrzygnąć ich pochodzenie, nie mają one nic takiego, coby przemawiało za ich naturą pasorzytniczą. Najprawdopodobniej słusznie uważa je Ribbert za pochodne chromatyny komórek nabłonkowych lub niekiedy za resztki leukocytów w nich zawartych.

Török [2]) roztrząsa krytycznie wywody badaczów co do pasorzytniczego pochodzenia raków, porównywając wzajemnie szereg opisanych postaci morfologicznych, mających przedstawiać najbardziej charakterystyczne twory pasorzytów rakowych. W rezultacie przychodzi do przekonania, że żadne z nich nie posiadają dostatecznych danych na to, aby roz-

---

[1]) Ueber das Carcinom. Deutsch. Zeitschrift f. Chirurgie. T. XXXIV.

[2]) Die neueren Arbeiten über die Psorospermien der Haut. Monatshefte f. prakt. Dermat. 1892. T. XV.

wiać wątpliwości i przekonać dowodnie, iż rzeczone twory śródkomórkowe należą niewątpliwie do pierwotniaków. Na to zaś potrzeba badań, któreby mogły wykluczyć wszelką możność omyłek i pomięszania tych tworów, któreby udowodniły tożsamość spotykanych w rakach postaci ze znanemi dokładnie rodzajami pierwotniaków, wreszcie któreby przedstawiły cały szereg rozwojowy postaci następujących po sobie. Tymczasem zaś badania dotychczasowe jedynie tylko na podstawie zewnętrznego podobieństwa tworów śródkomórkowych w rakach do pewnych okresów w rozwoju niektórych pierwotniaków oparły swe zdanie o pasorzytniczem ich pochodzeniu, podając w ten sposób za pasorzyty cały szereg tworów morfologicznych, nic wspólnego z niemi nie mających a mianowicie:

1) Jąderka (Thoma, Nils Sjöbring, Russel).

2) Ziarenka komórkowe Altmanna (Russel).

3) Napęcznienie chromatyny i zwyrodnienie jądra (Ströbe, Thoma).

4) Wakuolizacyę jąder z treścią lub bez niej (v. Heukelom, Thoma, Steinhaus, Ströbe).

5) Oderwane cząstki chromatyny karyomitozy (Podwysocki i Sawczenko).

6) Czerwone ciałka krwi i leukocyty w pierwoszczu komórki (Sjöbring, Steinhaus, Ströbe, Sudakiewicz).

7) Zwyrodnienie jednorodne komórki (zrogowacenie) (Albarran, v. Heukelom).

8) Zwyrodnienie szkliste (Wickham, Kosiński, v. Heukelom).

9) Komórki wędrujące (v. Heukelom).

Tem bardziej więc zasługuje na uwagę zdanie Klebsa, iż „dopóki wykazać nie można innych danych oprócz własności morfologicznych spotykanych tworów, przyjmowanie ich za ustroje pasorzytnicze stanowić będzie tylko czasową hipotezę, która może przyczynić się do dalszych w tym względzie badań, lecz nie rozstrzygnie wątpliwości“.

Dalsze potwierdzenie wyrażonych poglądów daje Török w drugiej swej pracy [1]), gdzie przedstawia wyniki badań swych na bardzo wielkim materyale rozmaitych nowotworów rakowych. Nie będziemy powtarzać tu jego wywodów, gdyż trzebaby w takim razie przytoczyć dosłowny opis długiego szeregu spostrzeganych przez niego postaci komórkowych; ograniczymy się do treści wyników. Wszystkie zatem opisywane twory śródkomórkowe w rakach pochodzą albo ze zmian w jądrze komórki, określanych czy jako *morphologische Deconstitution* Pfitznera, czy jako *nucleäre Degeneration* Arnolda, jeżeli chodzi o twory, charakteryzujące się obfitością substancyi chromatynowej (drobne kulki, ziarenka, sierpy, półksiężyce zawarte w wakuolach lub w pierwoszczu komórki rakowej), albo też stanowią następstwo przemiany wstecznej w samym pierwoszczu (*vacuolisatio, degeneratio hyalina, necrosis colliquativa* etc.), sprawiającej powstawanie tworów jednostajnie błyszczących, lub też przezroczystych, drobnoziarnistych lub bezbarwnych, pęcherzowatych. Wreszcie zawsze należy mieć na względzie możliwość pewnych zmian wskutek działania na tkankę płynów utrwalających, które sprawiają niekiedy skurczenie się pierwoszcza komórek.

Jak widzimy, szereg nowych zdobyczy w zakresie morfologii i histogenezy raka nie doprowadził do ustalenia poglądów na etyologię tego nowotworu a nawet, na pierwszy rzut oka, wywołał rozdwojenie w zapatrywaniach się badaczów na rdzeń samej sprawy chorobowej. Gdzie szukać nici przewodniej pośród różnorodnych szczegołów, jak oceniać oddzielne spostrzeżenia i o ile można wysnuwać z nich ogólniejsze wnioski? oto zadanie badań chwili bieżącej. Że istnieją znaczne różnice w poglądach oddzielnych badaczów, jest to rzeczą zupełnie zrozumiałą. Tak zwane „fakty“ w naukach przyrodniczych, jak słusznie określa Huxley, „są prawdziwe tylko w stosunku do środków spostrzegania i do stanowiska tych, którzy je opisali“. W danej sprawie warunek pierwszy t. j. środki spostrzegania były mniej więcej jedne, więc też i wyniki spostrzeżeń co do swej strony faktycznej ogólnie jest zgodny, lecz ocenienie ich znaczenia, to mianowicie, co zależy w znacznej części od indywidualnego stanowiska badacza, dała wyniki różne. Tym zaś punktem zasadniczym stanowiska, tą osią w ocenianiu odnoszących się tu okoliczności jest kwestya zakaźności sprawy rakowej. Nie będziemy tu przytaczali szeregu danych, przemawiających za podobieństwem przebiegu raka do chorób zakaźnych, ani zarzutów przeciw takiemu poglądowi, gdyż sprawę tę omówiliśmy już poprzednio.

Kwestyą zakaźności raka podnoszono w nauce kilkakrotnie nawet i w czasach dawniejszych, utrzymać się jednak ona nie mogła w obec niemożności wykazania tego czynnika etyologicznego, któryby był owem *primum movens* sprawy chorobowej. Dla tego też przyjęto hipotezę Cohnheima, opartą na innej zupełnie zasadzie i do dziś utrzymującą się. W rzeczywistości zaś teorya ta, pomimo niewątpliwej swej oryginalności, należy do najfantastyczniejszych i dowolnych, jakie kiedykolwiek istniały w nauce. Pomimo to nie może ona wyjaśnić wielu stron ciemnych w powstawaniu raka i można z łatwością przytoczyć szereg zarzutów przeciw jej tłómaczeniu. Jak widzieliśmy, niektóre z najnowszych prac nad zakaźnością raka (Pfeiffer, Adamkiewicz) usiłują zburzyć nawet podstawę, na której zbudowana jest hipoteza Cohnheima — identyczność komórki rakowej i nabłonkowej, to jednakże usiłowanie ich, jak obecnie przynajmniej, jest jeszcze przedwczesne i zamało uzasadnione. Jeden z główných zarzutów przeciwko zakaźności raka, nieprzeszczepialność, upadł, odkąd otrzymano wyniki dodatnie przez szczepienie zarówno na zwierzętach, (Hanau, Nowiński, Wehr), jak i na ludziach (Bergmann, Hahn); trudność udania się takiego doświadczenia zależy od trudności znalezienia odpowiedniego materyału, gdyż zwierzęta rzadko bywają dotknięte rakiem, z drugiej zaś strony zależy od nieznajomości warunków, jakich potrzebują do swego rozwoju komórki czy pasorzyty raka.

Pomimo jednak znacznego stopnia prawdopodobieństwa, jakie ma za sobą teorya zakaźności raka, wykazanie istnienia pasorzyta rakowego dotychczas jeszcze niepewnemi stopami dotyka się ziemi. Pod tym względem trudno nie przyznać słuszności badaczom twierdzącym, że same własności morfologiczne nie upoważniają do uznania spotykanych tworów za pasorzyty rakowe (Klebs, Török). Należy stwierdzić to i biologicznie przez odosobnienie ich i szczepienie, co stanowi słabą stronę odnoszących się do tego badań. Wprawdzie stale ujemne wyniki hodowli na zwykłych podłożach dowodzą tylko tego, że podłoża te nie są odpowiednie dla domniemanych pasorzytów raka, jak słusznie zwraca uwagę Adamkiewicz, lecz i podane przez niego *medium* do hodowli w postaci mózgu żywych zwierząt i dodatnie wyniki szczepienia w nim raka wymagają potwierdzenia.

Z drugiej strony zbyt pohopni a za mało krytyczni badacze zanadto hojnie obdarzali nazwą pasorzytów różne twory śródkomórkowe w raku, których część znaczna przedstawia niewątpliwie wytwory zmian w samych komórkach; ryczałtowe jednakże branie za jedno wszystkich tych z tworów z produktami rozpadu komórek jest za śmiałe. Trudno rzeczywiście przypuścić, aby jakaś cząstka zwyrodniałego jądra lub rozpadłego pierwoszcza komórki mogła przyjąć postać zupełnie prawidłową, dobrze barwiącą się, o budowie względnie dość złożonej (podwójna otoczka, sporocysty z zarodkami), jak to daje się widzieć niekiedy w komórkach raka. To też do rozstrzygnięcia tego mnóstwa wątpliwości i kwestyj spornych prowadzić mogą dwie drogi: 1° badanie morfologii i biologii pierwotniaków w tym zakresie i z taką dokładnością, jak to czyni dziś bakteryologia względem grzybków rozszczepnych (*schizomycetes*), 2° badanie całego szeregu przemian wstecznych w komórkach rakowych, których wytwory tak mało jeszcze obecnie są znane. Tylko ścisłe rozgraniczenie każdej z tych dziedzin doprowadzić może do stałych rezultatów. Widzimy zatem, że, jeżeli obecnie w etyologii raka ostatnie słowo pozostało jeszcze przed nami, to

---

[1]) Die protozoënartigen Gebilde des Carcinoms und der Pagetschen Krankheit. Monatshefte für prakt. Dermatol. 1893. T. XVI.

w każdym razie liczne badania lat ostatnich rzuciły wiele światła na niektóre kwestye sporne, dając nadzieję, iż może w niedalekiej przyszłości i z tej ciemnej dotychczas dziedziny patologii zniknie wiszące nad nią *ignorabimus*.

Terapia.

T. Escherisch: **O miejscowem leczeniu błonicy gardła.**

Błonicę gardła należy uważać za chorobę ogólną z właściwemi sobie zmianami tak umiejscowionemi na migdałkach i łukach podniebiennych, jak w płonicy i odrze na skórze a durze brzusznym na błonie śluzowej jelit, przyczem te tylko przypadki należy uznać za niewątpliwie błonicze, w których wykryto prątki Löfflerowskie. Zbadanie ich bakteryologiczne stanowi zarazem podstawę do racyonalnej terapii błonicy gardła a to przez niszczenie wprost laseczników, na miejscu schorzenia osiadłych.

Co do terapii miejscowej, panują dwa przeciwne zdania. I tak szkoła niemiecka (Monti, Henoch, Baginsky) utrzymuje, że wszelkie metody energicznego działania wprost na membrany błonicze przynoszą tylko szkodę błonie śluzowej a otwierają drogę i innym prątkom (*streptococcus*), — gdy z drugiej strony ich działanie desinfekcyjne jest bardzo wątpliwej wartości. Przeciwnie Francuzi bronią aplikacyi środków leczniczych wprost na miejsca chorobą zajęte, wykazując, że przez to zapobiega się rozszerzaniu nalotów i zgorzeli, chroni się ustrój od trującego wpływu jadu błoniczego, sprowadza się obniżenie gorączki i wpływa pomyślnie na stan ogólny.

Escherich dochodzi na podstawie swych spostrzeżeń do wniosków, że

1) Wszelkie lekko odrażające przepłukiwania i rozpylania na prątki błonicze wcale zabójczo nie działają. Jeźli się energicznie nie występuje z obawy, aby przez obrażenie błony śluzowej nie stworzyć nowej furtki dla zarazków chorobotwórczych, to okazuje się, że sprawa chorobowa niepowstrzymana rozszerza się, prątki zaś błonicze wnikają i w nienaruszoną błonę śluzową. Natomiast przyczyny niepomyślnych rezultatów po energicznem postępowaniu należy poszukiwać raczej w samej naturze przypadków, rozległości nalotów, ogólnem zakażeniu i t. p. komplikacyach, niż w samejże metodzie.

2) O skuteczności modły leczniczej należy sądzić po użyciu li tylko wypróbowanych środków, które zarazek niechybnie niszczą a nie pierwszych lepszych. przyczem również należy mieć na uwadze, że inaczej one działają na hodowle w rurce odczynnikowej a inaczej na błonie śluzowej gardła, gdzie aplikacya płynu nie tak łatwa a prątki już się głęboko zagnieździły.

3) Miejscowe stósowanie mocnych środków desinfekcyjnych niszczy niewątpliwie zarazek błoniczy, jak to można wykazać przez przeszczepianie prątków z dodatnim skutkiem przed desinfekcyą a z ujemnym wynikiem po desinfekcyi gardła.

4) Obecność prątków wcale nie zawsze i nie odrazu uwydatnia się tworzeniem nalotów; owszem przypadki ogólnego zakażenia trującym produktem mocno już w ustroju rozwiniętego zarazka jeszcze przed wystąpieniem błon przemawiają za obfitem rozprzestrzenieniem się prątków błoniczych na błonie śluzowej gardła, zresztą tylko na pozór zwykłym nieżytem dotkniętej. W niektórych przypadkach wcale nie przyszło do wytworzenia się błon mimo długiej obecności prątków, które natomiast można wykryć niekiedy nawet po tygodniach, już po ustąpieniu nalotów, na błonie śluzowej jeszcze tylko nieżytowo zaczerwienionej. I te to prątki raczej sprawiają intoksykacyę, niż owe umieszczone w nienaczynionych błonach dyfterytycznych, od powierzchni resorbcyjnej błony śluzowej oddalone. W ten sposób należałoby upatrywać w wypocinie włóknikowej, stanowiącej niepodatne podłoże dla prątków, naturalną, celowi odpowiednią ochronę przeciw działaniu jadu błoniczego.

5) Do miejscowego leczenia nadają się głównie świeże naloty błonicze, ograniczone na migdałki i ich najbliższe sąsiedztwo. Gdy sprawa chorobowa przeszła i na drogi oddechowe, to miejscowe leczenie, choćby tylko przez to, że zmniejsza produkcyę toksyn, wpłynąć może korzystnie na dalszy przebieg choroby.

6) Gaucher przepłukuje gardło mocnym środkiem przeciwgnilnym, poczem pomazuje błony olejem kamforowo-karbolowym:

Rp.	*Camphorae*	*40·0*
	Olei ricini	*30·0*
	Alcohol 90%	*20·0*
	Acidi carbol.	*10·0*
	Acidi tartarici	*2·0.*

Rennert poleca rozczyn sublimatu 1‰ z dodatkiem kwasu winowego, przez co zapobiegając powstawaniu osadu, tworzącego się za zetknięciem sublimatu z białkanami, potęguje działanie tego środka

(Rp.	*Hydrarg. bichlor.*	*1·00*
	Acidi tartarici	*5·00*
	Aquae	*1000·00)*

inni dodają soli w stosunku jak 1:6:1000. Comby zaleca naftol, Simon *acidum salicylicum* w *infusum eucalypti*, Rehn *liquor ferri sesquichlorati* 1:4, Strübing pomazuje sublimatem 1‰ (co 4—8 godzin), płucze gardło 3% kwasem karbolowym z dodatkiem alkoholu (30 na 100) i wodą wapienną; inni wreszcie zalecali wodę chlorową, azotan srebrowy, kreozot, jod, salicyl, olejek cytrynowy i żywicznowy (*ol. eucalypti*) i t. d.

Escherich posługuje się wyłącznie płynami przeciwgnilnymi, gdyż działają najprędzej i najpewniej; oleistych (jak ów Gauchera olej kamf.-karbol.) używa jako środków odsłaniających w obrażeniach błony śluzowej; do stósowania sproszkowanych substancyj (jak n. p. cukru wedle Loreya) gardło się nie nadaje, gdyż nawet znaczne ilości wdmuchiwanego proszku wnet znikają skutkiem ruchów połykowych. Podawanie wewnętrznie leku, obliczone na zetknięcie się jego z miejscem chorobowo zajętem, podczas przełykania działa tylko krótko i powierzchownie, z drugiej zaś strony środków przeciwgnilnych nie można w ten sposób w należytej ilości używać z obawy zatrucia; płukania z trudnością tylko można aplikować u dzieci niżej 6-go r. ż., nadto dochodzą one zwykle tylko do łuków podniebiennych, dokładne zaś przepłukiwanie gardła nawet i u starszych jest prawie niemożebnem. Stósowanie sprayu wymaga dość drogich a łatwo się niszczących przyrządów, dużo czasu i wprawy; pomazywanie wreszcie prowadzi często do obrażeń błony śluzowej i napotyka u dzieci na znaczny opór.

Escherich posługiwał się aż do lata r. 1889 terapią oszczędzająco wyczekującą, polegającą li tylko na przemywaniu ust słabymi środkami desinfekcyjnymi, później jednak przeszedł do odrażających mocno.

Używa zatem *a*) rozpylania (spray) środkami przeciwgnilnymi na błonę śluzową gardła, przyczem zużywając małe tylko ilości płynu można wybierać tem mocniejsze rozczyny bez obawy zatrucia, tem więcej, że podczas rozpylania dziecko łatwiej odksztusza, zatem i płynu nie połyka — z drugiej zaś strony sposób zastósowania jest bardzo delikatny a skuteczny, bo rosa z rozpylacza tworzy jednostajną warstwę cieczy wciskającej się we wszelkie zagłębienia błony śluzowej a nawet z pewną siłą mechaniczną między błonę śluzową a naloty błonicze, którym dopomaga w ten sposób do łatwiejszego oddzielenia się bez uszkodzenia przybłonka — wreszcie sprayem można działać na miejsca żądane przez stósownie skierowanie rozpylacza.

Spray daje się użyć u starszych dzieci, zwłaszcza tam, gdzie nie brak należytej posługi; można go również użyć jako środka profilaktycznego tak w okresie nieżytowego zajęcia błony śluzowej, na której zagnieżdżają się prątki, chociaż jeszcze nalotów niema, jak też i w okresie, gdy już po zniknięciu błon dyfterytycznych przecież jeszcze żywotne prątki odnaleść można, jak n. p. wobec równoczesnej błonicy nosa; dalej w atypowych formach błonicy występującej zwłaszcza u starszych dzieci pod postacią *anginae lacunaris* bez tworzenia się wypociny, wreszcie u rekonwalescentów

po przebyciu błonicy przed wypuszczeniem ich ze szpitala do domu.

Ponieważ zwykle używane rozpylacze, jak n. p. ogólnie znany Richardsona, łatwo się tłuką, balony kauczukowe przy nich pękają, rurki metalowe zapychają się złogami przetworów rtęci i solami ciężkich metali, przeto skonstruował Escherich rozpylacz własnego pomysłu, szklany, płaski z rurką kauczukową doprowadzającą powietrze z ust dmuchającego do flaszki i drugą szklaną, odprowadzającą ciecz rozpyloną na miejsce aplikacyi. Rurka kauczukowa zastępuje tu miejsce balonika, przyrząd jest przejrzysty, daje się łatwo czyścić z jakiegokolwiekbądź użytego płynu, jest wygodny w noszeniu z powodu swej płaskiej formy a skutkiem swej prostoty tani i praktyczny.

Sprayu używa Esch. na dwóch posiedzeniach dziennie, po 3 do 8 razy za każdem posiedzeniem, po 5 do 30 sekund na raz.

b) Wymywanie jamy gardła gąbkami zamaczanemi w sublimacie nadaje się zwłaszcza tam, gdzie desinfekcya gardła za pomocą sprayu jest utrudniona oporem dziecka. Przeciwwskazania do ich użycia wynikają z komplikującej się sprawy gnilnej, z wieku, stanu fizycznego i psychicznego pacyenta, otoczenia i t. p.

W miejsce pęczków z waty wprowadził Esch. w użycie gąbki prasowane, wielkością i formą odpowiednie jamie gardła, miękkie, drobnoporowate, które łatwo można desinfekcyonować w rozczynie sublimatu, wygotować w gorącej wodzie, wysuszyć i kilkakrotnie używać. Zamaczane w sublimacie dokładnie i bez obrażeń wymywają chorobowo zajętą jamę gardła, desinfekcyonują ją należycie i zabierają z sobą błony dyfterytyczne. Przed użyciem należy je z nadmiaru płynu nieco wyżąć, jak również strzedz się w czasie aplikacyi odkruszenia, względnie połknięcia nasiąkłej środkiem przeciwgnilnym gąbki.

Za najskuteczniejszy przetwór desinfekcyjny uważa Esch. sublimat w roztworzeniu 1:2000 do 1:500; przetwory rtęci mają wedle Schultzego szczególne powinowactwo do gruczołów — wydzielając się przez nie, działają również od wnętrza na zarazek błoniczy.

Spray zużywa w 8—16 rozpylaniach na dobę 50 do 100 cm.^{3} 1‰ rozczynu sublimatu; największa jego dawka dochodzi zatem od 0·05 do 0·10; zielone zabarwienie częstych stolców, wymioty, ślinienie, wskazują na intoksykacyę.

Wewnętrznie podaje Esch. chloran potasowy, głównie ze względu na równoczesne używanie sublimatu.

Do płukanek, które mają być częste a obfite, nadaje się kw. borowy, tymol, woda wapienna 50%; równie dobrze zalecają się i kwasy organiczne, jak n. p. kwas octowy (Engelmann); u małych dzieci wystarcza przegotowana woda.

Kwas mlekowy, papajotyna i t. p. środki, mające działać na naloty błonicze przez swe własności chemiczne lub fermentacyjne, wymagają znacznego zgęszczenia lub długiej aplikacyi, przyczem działając raczej na naloty, niż na same prątki nie wypełniają głównego wskazania. Pomazywań zgęszczonym kw. mlekowym używano, zwłaszcza w błonicy przewlekłej z dobrym skutkiem; co do lizolu i innych metod leczenia jak podśluzowe wstrzykiwania, galwanokaustyka i t. p. nie posiada Escherich własnego doświadczenia.

Kombinowane leczenie z użyciem gąbek maczanych w sublimacie, sprayu i powyż podanej kamforowo-karbolowej mieszaniny dawało zupełnie zadawalające wyniki.

Wyleczenie sprawy błoniczej polega nie tyle na zniszczeniu prątków, gdyż te napotykane nawet jeszcze po zniknięciu błon okazywały równą żywotność, jak raczej na uzyskaniu miejscowej odporności tkanek przeciwko jadowi błoniczemu. Dowodzą tegoo doświadczenia Eschericha, Klemensiewicza i Behringa wykazujące, że w leczeniu błonicą zakażonych zwierząt i ludzi, odgrywa przeważną rolę ciało bliżej dotąd nieznane, w surowicy krwi zawarte, które trujący wytwór prątków błonicy osłabia a względnie niszczy zupełnie. (*Wiener klin. Wochenschr. 1893. 8. 9. 10*).

Dr. Leopold Kosiński.

Choroby oczne.

Piasecki (z Gałaczu): **Dwa przypadki zapalenia tęczówki wiewiórowego**[1]).

Autor wspominając w kilku słowach o zapaleniach rozmaitych narządów na tle wiewióra ogłoszonych w ostatnich latach, przytacza dwa przypadki zapalenia tęczówki wiewiórowego, obserwowane w szpitalu św. Spirydyona w Gałaczu. Pierwszy z nich tyczy się mężczyzny 28-letniego, który podaje, że pokrewieństwo miał zdrowe, chorował na dur w r. 1876 a po raz pierwszy dostał wiewióra w r. 1879. W r. 1890 podczas ćwiczeń wojskowych nabawia się znowu wiewióra, który wikła się z obrzmieniem małych stawów nogi lewej, co spowodowało uwolnienie chorego od marszu. Te bóle i obrzmienia stawowe, do których przed dwoma miesiącami przyłączyło się zapalenie stawu golenio-stopowego, trwają do dziś dnia. Przed trzema tygodniami dostał bólu z zmniejszeniem się bystrości wzroku i łzawieniem oka prawego; skarżył się przytem na kłócie pod sutkiem lewym. Kiły nie przebywał. Badanie chorego w dniu przyjęcia wykazuje w oku prawem, na wpół zamkniętem dla uniknięcia światła, lekkie zaczerwienienienie spojówek powiekowych, nastrzykanie rzęskowe dosyć znaczne, rogówkę prawidłową, ciecz wodną lekko zmętniałą, opalizującą. Źrenica zwężona nie oddziaływa na światło, jej pole szarawo-czarne; po zapuszczeniu atropiny pokazują się lekkie zrosty brzegu tęczówki z torebką soczewki. Chory liczy palce na trzy metry. Kończyna dolna prawa przedstawia dosyć znaczne, jednostajne i niebolesne obrzmienie stawu golenio-stopowego; kończyna lewa obrzmienie stawów śródstopo-palcowych palca I. i IV.; z cewki moczowej daje się wydobyć ciecz ropna. Wyleczenie nastąpiło w trzy tygodnie pod wpływem jodku potasu i leczenia miejscowego wiewióra.

Drugi przypadek tyczy się również mężczyzny 35 letniego, który przebywał po raz pierwszy wiewiór przed sześciu laty połączony z zapaleniem stawów, z powodu którego leżał 45 dni w szpitalu. Przebywał później jeszcze parę razy wiewiór i miał również trzy razy zapalenie spojówek. Obecna choroba trwa od ośmiu dni, rozpoczęła się wydzieliną ropiastą z cewki, po 4 dniach chory dostał bólu w oczach, od wieczora zaś opuchła mu noga prawa. Kiły nie przebywał. Badanie wykazuje wiewiór ostry z zapaleniem pęcherza; obustronne zapalenie spojówek i brzegu powiekowego, źrenice prawidłowe; opuchnięcie stawu golenio-stopowego prawego, bolesność części zewnętrznej kolana prawego. Pod wpływem leczenia zapalenie spojówek ustąpiło po sześciu dniach, zapalenie zaś stawów pomimo użycia wszelkich środków nie ustępowało; w ciągu zaś samego leczenia, które trwało przeszło 6 tygodni, nastąpiło zapalenie tęczówki oka lewego z lekkiemi przyczepinami, które trwało 14 dni i ustąpiło prawie równocześnie z bólami stawowemi.

Zastanawiając się dalej nad rozpoznaniem, autor przytacza lekarzy, którzy uznają istnienie zapalenia tęczówki wiewiórowego i podaje cechy charakterystyczne tego powikłania wiewióra:

1) Rzadkość tego powikłania w porównaniu z innemi powikłaniami wiewióra.

2) Że towarzyszy zwykle zapaleniom stawu wiewiórowym, co skłoniło wielu do uważania go za zapalenie tęczówki gośćcowe (*iritis rheumatica*), gdy przeciwnie powinniśmy oba powikłania uważać za objawy jednej i tej samej choroby głównej, to jest wiewióra.

3) Jej formę, gdyż niema wielkiej dążności do plastyczności jak inne formy i może być uważaną za zapalenie su-

---

[1]) Na oznaczenie tego, co się nazywa *gonorrhoea, blennorrhagie, Tripper*, jest stary wyraz polski wiewiór, w Krakowskiem przez lud i teraz powszechnie używany. Posługiwanie się w tem znaczeniu wyrazem rzeżączka jest niewłaściwe, bo rzeżączka, *stranguria*, jest tylko przypadem i to jak wiadomo, ani nie ciągłym ani nie koniecznym wiewióra. Dlatego też włościanin z Krakowskiego przyszedłszy do lekarza powiada nieraz: „mam wiewiór, ale bez rzeżączki!“ (*Przyp. red.*).

rowicze (*iritis serosa*); tworzy rzadko zrosty, które łatwo się rwą pod wpływem atropiny.

4) Recydywuje często a mianowicie wtedy, gdy występują bóle stawowe; może też jednak wystąpić i samo.

5) Ma dążność do zajęcia równocześnie obu oczu lub jednego po drugiem.

6) Jodek potasu działa w tej formie znakomicie, gdy przeciwnie w innych formach jest wskazaną rtęć. (*Spitalul. Nr. 2. 15. Januarie. 1893*). *Autor.*

Bakteryologia.

Auerbach: **Produkcya i sterylizacya mleka dla dzieci.**

Że mleko wyjałowione sposobem Soxhleta nie zawsze odpowiada wymaganiom lekarzy, to przyczyna tego tkwi w rozmaitym składzie mleka, które jest obrazem ogólnym stósunków ekonomicznych. Jak w ustroju ludzkim, tak i w bydlęcym zmiana pokarmu wywołuje rozmaite przypadłości, przedewszystkiem biegunki przytrafiające się najczęściej w miesiącach letnich. Badania bakteryologiczne autora mleka bydląt karmionych rozmaitą paszą doprowadziły go do wniosku, że w mleku krów karmionych świeżą paszą znajduje się laseczník masłowy (*bacillus butyricus*) Bałkina wywołujący w krótkim czasie jego rozkład a którego brak w mleku bydląt karmionych suchą paszą. Chcąc przeto, by mleko miało swą wytrzymałość, to potrzeba w lecie, gdzie po większej części mleko jest od krów karmionych paszą świeżą, gotować go przez 80 minut w ciepłocie 100° C. a nie przez 30 minut. (*Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 14. 1893*). *Dr. Komorowski.*

Chirurgia.

J. Hersche: **Operacya torbiela trzustki o rzadkiem położeniu anatomicznem.**

Do oddziału chirurgicznego Hackera w Wiedniu zgłosiła się 32-letnia kobieta z guzem wielkości głowy dorosłego mężczyzny; guz ten zajmował prawie całe lewe podpępcze, sięgał ponad pępek na 2 ctm. oraz na prawo poza linię środkową brzucha na 3 ctm. Badając przez pochwę, wyczuwało się guz oraz wykazać było można w nim niewyraźne chełbotanie. Za przesuwaniem guza w kierunku strzałkowym przesuwała się wraz z guzem część pochwowa; macica w tyłozgięciu, zepchnięta na prawo. Rozpoznano torbiel jajnika. Podczas operacyi okazało się, że jajniki nic patologicznego nie przedstawiają i że w danym przypadku chodzi o torbiel trzustki; uderzającem było położenie jelit względem torbiela a mianowicie okrężnica poprzeczna przebiegała ponad nią, pod nią zaś leżały pętle jelita cienkiego. Torbiel nacięto, treść wygarnięto i jamę wypełniono gazą jodoformową; w 4 miesiące po operacyi wypisano chorą ze szpitala z przetoką, która po 2 miesiącach zupełnie się zagoiła.

Przypadek ten jest ciekawym ze względu na położenie guza, gdyż różni się on od wszystkich dotychczas opisanych (35 przypadków) torbieli trzustki; torbiele te, o ile nie wypełniają całej jamy brzusznej, co oczywiście nadzwyczaj rzadko się zdarza, leżą zazwyczaj w torebce sieci brzusznej (*bursa omentalis*), gdyż rozsuwając listki kreski okrężnicowej, pomiędzy którymi się rozrastają, wypychają przeważnie górny jego listek; wskutek tego zarówno okrężnica jako też i jelita cienkie leżą poniżej torbieli. W przypadku Herschego rzecz się miała wręcz przeciwnie: dolny listek kreski okrężnicowej został przez rozrastający się torbiel zepchniętym ku dołowi; wskutek tego guz zajmował dolną część jamy brzusznej a okrężnica poprzeczna przebiegała ponad torbielem. — Powyższy przypadek zasługuje więc na uwagę jako unikat pod względem anatomicznym. (*Wien. klin. Woch. Nr. 51. 1892*). *Dr. Klecki.*

Notatki terapeutyczne.

Van Hoour: **O leczeniu piegów.**

Barthélemy okazywał na posiedzeniu paryskiego Towarzystwa dermatologicznego i syfiligraficznego fotografie osób leczonych przez Dra Van Hoour'a w Amsterdamie sposobem podanym przez Unnę z Hamburga na piegi, trądzik (*acne rosacea*) i inne choroby skórne, szpecące twarz a zwanym metodą zeskrobywania (*méthode dite d'ecorchement*).

Sposób ten leczenia prowadzi do zdjęcia z twarzy całej jakoby maski z powierzchownych warstw przyskórka, pod któremi głębsze jego warstwy okazują wejrzenie świeże, bez plamy, nic nie szpecące ani nie wstrętne. Rezultat ten otrzymywano bez wielkiego bólu mniej więcej w ciągu tygodnia. W przypadkach prostych złogów barwikowych przyskórka wystarcza jedno użycie przerzeczonego sposobu leczenia. W razie zmian głębszych a przez to dla leczenia oporniejszych, mianowicie wielu blizn, np. po ospie, gdzie rozchodzi się o zmniejszenie, ile możności różnicy w zabarwieniu i poziomie między bliznami a skórą zdrową, trzeba kilkakrotnie użyć tego leczenia.

Leczenie rozpoczyna się w ten sposób, że kilka razy dziennie powleka się miejsce przeznaczone do leczenia pomadą sporządzoną podług przepisu:

70) Rp.	*Resorcini puri*	*40·00*
	Zinci oxydati	*10·00*
	Silicii puri et anhydrici subtilissime pulverati	*2·00*
	Axungiae porci	*20·00*
	Olei olivarum	*8·00*

MS. zewnętrznie.

Po trzech lub 4 dniach takiego leczenia skóra nabiera podobieństwa do pergaminu (*se parchemine*) a następnie pęka. Wtedy opatruje się ją klejem, sporządzonym podług przepisu:

71) Rp.	*Gelatinae albae*	1·50
	Zinci oxydati	1·50
	Glycerini 30° puri	2·50
	Aquae destil	4·50

pomazując nim na ciepło a następnie pokrywając małą ilością waty. Po kilku dniach najstarsza warstwa przyskórka oddziela się od nowej; wtedy można ją odjąć bardzo łatwo z opatrzeniem, przeciąwszy ją w linii środkowej nożyczkami i otrzymuje się w ten sposób maskę, którą Barthélemy okazał na posiedzeniu wymienionego towarzystwa.

Ten sposób leczenia okazał się praktycznym w oddziale szpitalnym prof. Fourniera w Paryżu.

W mimowolnem moczeniu nocnem (*enuresis nocturna*) zaleca Blake Wite:

72)	*Natrii benzoici*	
	Natrii salicylici	
		ãã 1·00
	Exti belladonnae	*0·10*
	Aquae cinnamomi	*120·00*

MDS. Po 4 do 5 łyżeczek od kawy dziennie zażywać. (*La semaine médicale nr. 18. 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

IX. posiedzenie z dnia 19. maja 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Kwiatkiewicz: Ośmielam się opisać Sz. Kolegom następujący przypadek porodu przy zwężeniu bliznowatem pochwy połączonem z ogólnem zwężeniem miednicy płaskiej.

Chora, o którą chodzi, 27 lat licząca, podaje, że w dzieciństwie była zawsze zdrową. W 16. r. życia wystąpiła pierwsza regularność, która odtąd prawidłowo powracała co 4 tygodnie. W 23. r. życia pierwsza ciąża, która w czwartym miesiącu bez znanego powodu i bez następstw chorobowych zakończyła się poronieniem. W pół roku potem druga ciąża, która zakończyła się także przedwcześnie, w piątym miesiącu, również bez znanych powodów i bez następstw. W rok później, t. j. w 25. r. życia trzecia ciąża; tym razem poród nastąpił z końcem ciąży, jednak dopiero po trepanacyi płodu donoszonego. W następstwie tego porodu długa, przeszło pół roku trwająca ciężka

słabość. W obecnej ciąży miała się chora dobrze. Do kliniki przybyła 7. kwietnia przysłana przez lekarza miejscowego w 4. dniu porodu. Jestto osoba średniego wzrostu, źle odżywiona, blada. Na kończynach i czaszce nie widzimy objawów przebytej w dzieciństwie krzywicy. Pod cienką i wiotką ścianą brzucha macica w dolnym odcinku znacznie wydłużona. Nieco poniżej pępka przebiega na niej głęboki rowek skośnie od góry i strony prawej nieco ku dołowi i stronie lewej. Reszta macicy silnie i stale skurczona i twarda tak, że badaniem zewnętrznem nie można było rozpoznać dokładnie położenia płodu. Przypuszczano jednak położenie ukośne miednicowe I. Tętno płodu po stronie lewej nad pępkiem wyraźne. Zewnętrzne wymiary miednicy: *Conj. ext.* $17^1/_2$, *interspinalis 22, intercristalis 27.* Badanie wewnętrzne wykazuje, że pochwa nieco powyżej połowy swej długości pozornie kończy się ślepo i to skutkiem bliznowatego zwężenia tak znacznego, że zaledwie można wymacać małe, nie przepuszczające końca palca zagłębienie we środku. Od miejsca zwężenia przebiegają ku wejściu do pochwy mocno naprężone, podłużne blizny, zwłaszcza po stronie prawej i na tylnej ścianie pochwy. Części poprzedzającej płodu, ani wymiarów wewn. miednicy wybadać nie podobna.

Stan ten chorej, z uwagi na to, że poprzedni poród musiano ukończyć za pomocą trepanacyi, dawał wyraźne wskazania do cięcia cesarskiego. Ponieważ jednakże niebezpieczeństwo pęknięcia macicy skutkiem wzrastającego prawie w oczach wydłużenia dolnego odcinka macicy wzmagało się z każdą chwilą, uznano, że bez narażenia życia matki czasu na przygotowania do cięcia cesarskiego tracić nie podobna i postanowiono jak najspieszniej przekonać się, czy poród nie da się ukończyć drogą naturalną. *Conj. ext.* $17^1/_2$ cm. wynosząca nie odbierała nadziei, że może przecież da się wydobyć płód żywy. Jakoż pokazało się we wzierniku Simona, że wyżej opisane zagłębienie w miejscu zwężenia pochwy przepuszcza zgłębnik maciczny, który ponad zwężeniem daje się poruszać swobodnie. Wprowadzono więc natychmiast bistur galkowaty i zdołano w kilku minutach jużto przez nacięcia tak nim jakoteż nożyczkami Coopera, jużto na tępo prawie zupełnie usunąć zwężenie pochwy. Krwawienia przytem prawie wcale nie było. Ponieważ i teraz w nieuszkodzonym jeszcze pęcherzu płodowym nic można było wybadać żadnej części poprzedzającej, przeto po dokładnej desinfekcyi całej pochwy wprowadzono w narkozie rękę lewą do macicy. Płód cały znajdywał się, w położeniu wyżej już podanem, w górnym odcinku macicy; *promontorium* jednak tak znacznie występowało ku przodowi, że już wtedy nie mogło być mowy o wydobyciu żywego płodu. Ściągnięto przeto po przebiciu pęcherza płodowego nóżkę prawą. Uwolnienie rączek było łatwe, wydobycie jednak główki u wejścia macicy na taki natrafiło opór, że płód wkrótce żyć przestał a główka dała się wydobyć dopiero po przebiciu jej za pomocą *perforatorium* Naegelego i wymóżdżeniu. Powierzchowne pęknięcie tylnej ściany pochwy, zespojone kilkoma szwami jedwabnemi, zrosło się wkrótce przez rychłozrost. Połóg był prawidłowy i chora opuściła zakład dnia 19. kwietnia. Miejsce zwężenia i podłużne blizny pochwy taki stawiały opór podczas badania, że i przed opuszczeniem zakładu przez chorą nie można było oznaczyć wymiarów wewnętrznych macicy (*referat własny*).

Kol. Jan R o s n e r zaznacza doniosłość przypadku opisanego ze względu na wskazania operacyjne. Po zbadaniu rodzącej był kol. R. zdania, że wobec rozległego zwężenia pochwy trzeba będzie poród zakończyć cięciem cesarskiem. Operacyę tę przeto brano w rachubę, jednakże wobec braku warunków do laparotomii, t. j. sali operacyjnej a choćby tylko pokoju wolnego, któryby można na prędce zastósować na ten cel, wykonanie operacyi musiałoby być na kilka godzin odłożonem. Tymczasem udało się w krótkim przeciągu czasu usunąć w zupełności przeszkodę w drogach porodowych miękkich tak, że poród mógł odbyć się gładko drogą naturalną. Że zaś dalsza zwłoka z przyczyny coraz bardziej grożącego pęknięcia macicy (pierścień Bandla posunął się od chwili przyjęcia znacznie ku górze) była przeciwwskazana a przeciw zakończeniu porodu drogą naturalną nic nie przemawiało (*conjug. ext.* $17^1/_2$ cm. wynosząca nie daje wskazania do cięcia cesarskiego), przystąpiono do zakończenia porodu w sposób przez kol. Kwiatkiewicza opisany.

Przy tej sposobności wspomina kol. R. o przypadku z prywatnej praktyki prof. Madurowicza, w którym zbliznowacenie pochwy obok przetoki pęcherzowo-pochwowej dochodziło do tego stopnia, że o zakończeniu porodu drogą naturalną prawie myśleć nie było można, a w którym pomimo to udało się wydobyć kleszczami dziecko żywe (*referat własny*).

Kol. S k a ł k o w s k i wymieniwszy sposoby powstawania i rodzaje bliznowatych zwężeń pochwy (urazowe, kiłowe, potyfusowe, nomatyczne i t. p.), zaznacza, że zbliznowacenia i zniekształcenia pochwy powstają najczęściej wskutek skaleczeń i obrażeń pochwy przy trepanacyach, zakładaniu kleszczy i innych rękoczynach wykonywanych podczas porodów. W zwężeniach pochwy, choćby najznaczniejszych, należy zająć zawsze stanowisko wyczekujące. W przypadku jednakże kol. Kwiatk. z powodu grożącego pęknięcia macicy było wskazanie do cięcia cesarskiego a to tem bardziej, że wobec zwężenia pochwy nie można było zbadać, jak się zachowywała miednica a wywiady przemawiały za zwężeniem miednicy. Zdaniem kol. Skałk. należało przeto w danym przypadku wykonać cięcie cesarskie. — Podczas narkozy ustępują bóle, wskutek czego nawet w razie grożącego pęknięcia macicy zyskujemy na czasie i możemy zrobić odpowiednie przygotowania do laparotomii.

Kol. R o s n e r w odpowiedzi na przemówienie kol. Skałk. zastrzega się stanowczo, jakoby perforacya główki poprzedzającej lub następującej była operacyą dla matki tak groźną, żeby mogła sprowadzić rozległe obrażenia części rodnych. Perforacya główki ze szkodą dla matki świadczy o niezręczności operatora. Myli się kol. Skałk., jeżeli utrzymuje, że trepanacya sprowadza zbliznowacenia i zniekształcenia pochwy, bo przyczyną owych zbliznowaceń jest zazwyczaj przewlekanie się sprawy porodowej i długotrwały ucisk ze strony główki na ściany pochwy (*decubitus*). Odnośnie do twierdzenia kol. Skałkowskiego, jakoby w danym przypadku należało wykonać cięcie cesarskie w ubikacyi i w warunkach jakichkolwiek, przyznaje kol. R., że należy do mniej odważnych a więcej ostrożnych operatorów, na warunki do laparotomii zwraca i zwracać będzie zawsze baczną uwagę, bo jest zdania, że dla osiągnięcia pomyślnego wyniku laparotomii okoliczność ta jest niemałej wagi (*referat własny*).

Kol. S k a ł k o w s k i jest zdania, że niewątpliwie wskutek rękoczynów powstają obrażenia i zniekształcenia pochwy. Kol. S. zna przypadki, w których zamiast główki trepanowano *promontorium* i t. p. Co się tyczy warunków do laparotomii, to w oddziale położniczym zawsze znajdzie się pokoik, w którym niema chorych gorączkujących i który da się przygotować do laparotomii. W przypadku kol. Kwiatk., jakkolwiek nie było bezwzględnego wskazania do cięcia cesarskiego, to wobec grożącego pęknięcia macicy i wobec tego, że można się było spodziewać zwężenia miednicy, byłby kol. Skałk. bez wahania przystąpił do cięcia cesarskiego.

Kol. K w i a t k i e w i c z zaznacza, że byłby również natychmiast wykonał cięcie cesarskie, gdyby się nie było udało z taką łatwością i tak szybko usunąć przeszkody w pochwie.

3) Kol. O b t u ł o w i c z przedstawia preparat anatomiczny w postaci kawałka kości czołowej nekrotycznej wydobyty przez operacyą.

T. H., 35-letnia wieśniaczka z Łuki, twierdzi, że we wrześniu 1889 r. spostrzegła na czole po stronie lewej pryszczyk wielkości grochu a raczej guz twardy, który powoli wzrastał a za dotknięciem się lub uciskiem sprawiał jej ból znaczny. Gdy środki domowe nie pomagały, zgłosiła się 12. czerwca 1890 r. do Dra Richtera w Potoku Złotym, który stwierdził w okolicy kości czołowej po stronie lewej, na palec ponad łukiem brwiowym lewym, ubytek skóry wielkości talara, otoczony zgrubiałymi brzegami granulującej skóry i oddzielony mostkiem skóry od drugiego mniejszego ubytku wielkości pół centa. W głębi widać obnażoną, zczerniałą kość. Kobieta ta była miernie odżywioną, o budowie ciała prawidłowej. Jak podaje, nie rodziła nigdy a chorób kiłowych również nie przebywała. Męża jej nie badano. Rozpoznawszy martwinę kości czołowej zawezwał mnie Dr. R. do narady i do operacyi, której dokonałem 18. czerwca 1890 r. Po przecięciu mostka skórnego oddzielającego obydwa otwory w powłokach czaszkowych i po oddzieleniu zgrubiałych brzegów skórnych od kości czołowej, odsłoniłem całą część ne-

krotyczną, którą z łatwością oddzieliłem za pomocą dłutka. W głębi ukazała się zgrubiała opona twarda mózgu z lekkim nalotem włóknikowym na powierzchni. Wydobyta kość czołowa przedstawia piękny okaz martwiny całkowitej. Kość ta jest na $4^1/_4$ cm. długa a $3^1/_2$ cm. szeroka, kształtu nieregularnie owalnego i okazuje na wewn. powierzchni lekki nalot zapalny zwapniały (*referat własny*).

4) Kol. Schramm przedstawia preparat uzyskany przez operacyę: guz zaotrzewnowy wyjęty u kobiety 45-letniej. W przypadku tym rozpoznano pierwotnie puchlinę nerkową (*hydronephrosis)* a operacya wykazała guz stały, tylko po większej części torbielowato zwyrodniały. Szczegóły tego przypadku będą podane później po dokładnem zbadaniu drobnowidowem nowotworu.

Kol. Barącz nie przypomina sobie, kto jest autorem metody zszywania ze sobą obu blaszek otrzewny przed wyłuszczeniem guza przy nefrektomii pozaotrzewnowej. Jakkolwiek z jednej strony postępowanie to zabezpiecza przed zakażeniem jamy otrzewnowej najpewniej, tak z drugiej strony wydaje się, że ma tę stronę niekorzystną, że przy tem postępowaniu można pomiędzy obiema blaszkami wszyć pętlę jelitową, co może być powodem śmiertelnej niedrożności jelit. Kol. B. był świadkiem tego nieprzyjemnego powikłania w klinice prof. Mikulicza w r. 1884. Po operacyi wystąpiła ostra niedrożność jelit, której przyczynę odkryto na stole sekcyjnym, czego kol. B. był świadkiem. Chirurgowie angielscy zszywają tylną blaszkę osobno już po wyłuszczeniu guza, wprowadzając kikut podwiązanego moczowodu na zewnątrz (Thornton), albo wyprowadzając go przez cięcie w okolicy lędźwiowej (Morris) (*referat własny*).

Kol. Schramm nadmienia, że przyszywa tylną blaszkę otrzewny do przedniej w tych przypadkach, w których obawia się wylania treści guza do jamy otrzewnowej.

Kol. Ziembicki przypomina sobie przypadek, w którym podobnie operował, jak kol. Schramm, a w którym wystąpiło znaczne i bardzo długo trwające ropienie.

Sekretarz *Dr. Bory.*

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie II. dnia II. maja 1893.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 9.

1) Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że Zarząd zdrojowo-kąpielowy w Iwoniczu, stósując się do życzenia komisyi przemysłowo-lekarskiej, zniżył o 16·67% cenę wody iwonickiej na sprzedaż przeznaczonej i wyrażono zdanie, że zniżenie to przekona lekarzy o dobrych chęciach Zarządu, zachęci ich do polecania wody iwonickiej chorym, potrzebującym wód słonojodowych i przyczyni się do większego rozpowszechnienia tej wody zdrojowej, która znana oddawna ze swej skuteczności śmiało rywalizować może z podobnemi wodami zagranicznemi.

2) Upoważniono sekretarza komisyi do ułożenia i ogłoszenia spisu lekarzy praktykujących w zdrojowiskach polskich i lekarzy Polaków ordynujących w zdrojowiskach i uzdrowiskach zagranicznych.

3) Uchwalono wezwać właściciela Drużbak na Spiżu, by postarał się o rozbiór ilościowy wody zdrojów tamże wytryskających a to w myśl wniosku referenta tej sprawy, Doc. Dra Bandrowskiego, przedstawionego przez Dra Surzyckiego.

4) Uchwalono uprosić Proff. Drów Jaworskiego i Olszewskiego o ponowne zbadanie wód gazowych pp. K. Rzący i Chmurskiego, których wyrób Towarzystwo lek. krak. oddało pod kontrolę komisyi przemysłowo-lekarskiej.

5) Przyjęto do wiadomości sześć świadectw lekarskich i weterynarskich o stanie zdrowia krów i służby stajennej w Śledziejowicach za czas od 28. lutego do 1. maja b. r. i dwa takież świadectwa za czas od 20. marca do 16. kwietnia b. r. z mleczarni w Gnojniku.

6) Świadectwo weterynarskie zarządu mleczarni w Grodkowicach z dnia 29 stycznia b. r., które nadeszło w dniu 29. lutego b. r., wobec uchwały, jaką powzięło Tow. lek. krak. w d. 22. lutego b. r., jako bezprzedmiotowe złożono do akt.

7) Uchwalono zwrócić uwagę p. Lebensteina, fabrykanta poleconych przez Tow. lek. krak. papierków synapismowych, że firmy zagraniczne nadsyłają aptekarzom papierki z napisami polskiemi i firmami aptek i że konkurencyę tę zwalczyć może tylko częstszem ogłaszaniem swego wyrobu i zawiązaniem żywszych stósunków z aptekarzami.

8) Przyjęto do wiadomości zawiadomienie mag. farmacyi M. Zahradnika, że fabrykę kapsułek leczniczych przeniósł z Jezierny do Złoczowa, i uchwalono nadal popierać ten wyrób ze wszech miar na uznanie zasługujący.

9) Po ponownem zbadaniu jarzyn suszonych pierwszej amerykańskiej suszarni owoców i jarzyn w Bochni, będącej obecnie wyłączną własnością p. Jana Rożańskiego, uznano, że jarzyny te tak samo, jak poprzednio przez Komisyę badane a przez Tow. lek. krak. polecone, zasługują na wszechstronne poparcie.

10) W sprawie wzięcia udziału Tow. lek. krak. w powszechnej wystawie krajowej, w roku 1894 we Lwowie odbyć się mającej, komisya wezwana przez b. Prezesa Tow. lek. Dra Poniklę uchwaliła na posiedzeniu odbytem w dniu 18. lutego b. r. przedstawić temuż Towarzystwu program tych przedmiotów, jakie mogą być posłane na wystawę. Komitet Tow. lek krak. na posiedzeniu w dniu 3. marca uchwalił jednomyślnie prosić komisyę przemysłowo-lekarską o zajęcie się wystawą w imieniu Tow. lek. krak. Wobec tego komisya przemysłowo-lekarska uprosiła sekretarza Dra Śliwińskiego, by się tą sprawą zajął, z tem jednak zastrzeżeniem, że w myśl obowiązującego statutu o uchwale komitetu zawiadomione zostanie Towarzystwo lekarskie i że ono ponosić będzie koszta wystawy.

11) Uchwalono wziąć pod rozwagę ocenienie sposobu przechowywania masła podanego przez p. L. Seelinga w Izdebniku.

12) Na podstawie korzystnego ocenienia przez Prof. Dra Rosnera wazeliny krajowej wyrobu Brunickiego, Jakubowskiego i Sp. w Klęczanach pod Nowym Sączem, wydanego w myśl uchwały Tow. lek. krak. z dnia 22. lutego b. r., uchwalono przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia ten przetwór, który już poprzednio zbadali pod względem chemicznym Prof. Steingraber a pod względem zastósowania w okulistyce Prof. Dr. Rydel. Prezes Tow. lek. Prof. Dr. Łazarski podjął się sprawę tę referować imieniem komisyi na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa lek.

Sekretarz komisyi przem. lek. *Dr. Michał Śliwiński.*

V. Wiadomości bieżące.

— Zwracamy uwagę, iż na porządek dzienny posiedzenia Tow. lek. krak. w dniu 21. czerwca b. r. odbyć się mającego przyjdzie ważna sprawa wyboru do izby lekarskiej.

— Prof. Dr. Halban ze względu na swe zdrowie złożył urząd dziekana Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim; na jego miejsce powołano do końca bieżącego roku szkolnego prof. Dra Stopczańskiego. Dziekanem na przyszły rok szkolny wybrano prof. Dra Browicza.

— W miejsce ustępującego z posady Dra Maksymiliana Cerchy mianował Wydział lekarski U. J. pierwszym asystentem kliniki położniczo-ginekologicznej asystenta drugiego Dra Aleksandra Rosnera, asystentem zaś drugim Dra Ludwika Świtalskiego.

— Namiestnictwo Galicyi wraz z W. Kstwem Krakowskiem rozpisuje na mocy ustawy z dnia 23. grudnia 1891 wybory do izb lekarskich w Krakowie i we Lwowie. W Krakowie izba ma się składać z jedenastu członków i tyluż zastępców, we Lwowie z trzynastu członków i również tylu zastępców. Lekarze krakowscy i lwowscy wybierają jedni i drudzy po 4 członków i tylu zastępców. Lekarze na prowincyi w każdej grupie wyborczej po członku i zastępcy. Karty głosowania wypełnione należy oddawać w Krakowie i we Lwowie magistratom, na prowincyi starostom powiatowym.

Czynne i bierne prawo wyboru ma każdy lekarz do praktyki lekarskiej uprawniony, jeżeli się tego prawa wyraźnie nie zrzekł, z wyjątkiem lekarzy czynnych przy władzach politycznych.

— Z ogłoszonego przez inspektora szpitali cywilnych warszawskich, prof. Czausowa, zdania sprawy za rok 1891 dowiadujemy się, iż w 8-miu szpitalach ogólnych było chorych w tym roku 19300 (10181 mężczyzn i 9119 kobiet), umarło 2402 osób, dni szpitalnych było 402288, średnia dzienna liczba chorych 1102·1, średnia liczba dni przebytych w szpitalu przez chorego 21·5. Procent śmiertelności był 12·8, wahając się między 10·5 w szpitalu ewangielickim a 16·7 w szpitalu zapasowym. Najwięcej chorych leczyło się w szpitalu Dzieciątka Jezus (6850) i w żydowskim (5133). Odmówiono przyjęcia 3942, między nimi 3556 dla braku miejsca. Największą liczbę chorych (14%) stanowili wyrobnicy. (*Zdrowie*).

— W szpitalu św. Łazarza w Krakowie leczono w roku 1892 osób 8745 mianowicie mężczyzn 4258, kobiet 4487. Opuściło zakład wyleczonych 3020 m., 3304 k. razem 6324, z polepszeniem 260 m. 234 k. razem 494, niewyleczonych 272 m. 208 k. razem 480, umarło 435 m. 416 k. razem 851, razem przeto ubyło 3987 m. 4180 k. razem 8167, zostało się w leczeniu na rok 1893 271 m. 307 k. razem 578. Łóżek było dla chorych 572, dla posługi 90. Ilość dni leczenia wyniosła 2109036, średni czas leczenia chorego 250 dni, leczono średnio dziennie 600 chorych. Największa liczba chorych 646 dnia 11. marca 1892, najmniejsza 489 dnia 12. października 1892.

— Drowie L. Brühl i A. Natanson w Warszawie otrzymali koncesyą na założenie lecznicy ginekologicznej, która według zatwierdzonej przez Ministeryum spraw wewnętrznych ustawy ma składać się z dwóch oddziałów: dla przychodzących chorych i dla pensyonarek (na początek 8 łóżek). W zakładzie znajdować się ma oddzielna sala operacyjna. Liczbę łóżek wolno zwiększyć, z zachowaniem jednak przepisów o kubiczności.

— Kol. Władysław Janowski w Warszawie otrzymał w dniu 21. maja r. b. po obronie rozprawy p. t. Przyczynek do anatomii patologicznej biliarnej cyrrozy wątroby u człowieka stopień doktora medycyny w uniwersytecie warszawskim.

— Dr. Brandes miał odkryć, jak donosi *The Medical Bulletin*, że wszędzie tam, gdzie rośnie roślina kanadyjska *Anacharis alsinastrum*, malarya albo wcale się nie pojawia albo tylko bardzo rzadko i że w okolicach malarycznych po rozkrzewieniu w nich tej rośliny malarya znika. Radzi przeto sadzenie jej w okolicach bagnistych.

— Na naleganie właściwego profesora zbudowano dla kliniki położniczo-ginekologicznej w Madrycie przeźroczystą i aseptyczną salę operacyjną ze szkła w ten sposób, że widzowie oddzieleni są zupełnie od operowanej, operatora i jego pomocników ścianami pionowemi, mogą wszakże wszystko widzieć dokładnie i słuchać objaśnień profesora.

— **Cholera**. We Francyi prócz z departamentów północnozachodnich donoszą o jednym przypadku cholery azyatyckiej w Paryżu a w ostatnich dniach o wystąpieniu cholery na południu Francyi w Montpellier, Lunel, Frontignan, Saint-Pons, Tuluzie, Nimes i Cette. W Hamburgu nie pojawił się więcej ani jeden przypadek. W Rosyi donoszą z kilku tylko gubernij o przypadkach sporadycznych z wyjątkiem Podola, gdzie od 13. do 27. kwietnia zachorowało 247 a umarło 68 osób. W Kalkucie umarło na cholerę od 16. do 22. kwietnia 35 osób.

— Prof. Gwidon Baccelli w Rzymie otrzymał bardzo pomyślne skutki ze wstrzykiwań do żył sublimatu w ciężkich formach kiły, w róży a nawet w raku. *Deutsche med. Wochenschrift* ma wkrótce w tej mierze ogłosić jego pracę.

— **Wiadomości uniwersyteckie**. Docent prywatny Dr. Röhmann we Wrocławiu mianowany profesorem nadzwyczajnym. Habilitowali się: Dr. Benecke w Gietyndze na docenta prywatnego anatomii patologicznej i patologii ogólnej, Dr. Spirydyon Afanazyew na prywatnego docenta medycyny wewnętrznej w akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu. Mianowani: w Bukareszcie Dr. Obregia profesorem histologii, w Kazaniu Dr. Argutyński-Dołgoruków profesorem pedyatryi, w Londynie prof. anatomii patologicznej Dr. Duffin profesorem medycyny wewnętrznej w Kings-College, na jego miejsce Dr. Dalton profesorem anatomii patologicznej. W Birmingham Dr. Gilbert Barling profesorem chirurgii w Queens College.

— Osoba nie chcąca wymienić swego nazwiska, spóźniwszy się ze złożeniem wieńca na trumnie ś. p. Dra Jana Kantego Wojtaszka złożyła w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* 30 złr. na wdowy i sieroty po lekarzach. Kwotę odeślemy niebawem do miejsca właściwego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21 go czerwca b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Sprawa wyborów do izby lekarskiej; 2) Zapowiedziany wykład kol. Mayzla; 3) kol. prof. Walentowicz będzie mówić o wartości dyagnostycznej malleiny; 4) Demonstracya kol. Zolla.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do niniejszego numeru dołącza się dla prenumeratorów w Galicyi i W. Księstwie Krakowskiem osobny dodatek zawierający obwieszczenie i rozporządzenia c. k. Namiestnictwa we Lwowie w sprawie utworzenia i wyboru do izb lekarskich we Lwowie i w Krakowie.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 24. Czerwca 1893. Nr. 25.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuja: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. W sprawie krwotoków płucnych.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak.)

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

Odkrycie prątka Kocha, jako przyczyny gruźlicy, obok tylu spraw ważnych, rozstrzygnęło także i sprawę t. zw. *phthisis ab haemoptoë*, która od czasów Hipokratesa, Galena aż do naszych utrzymywała się stale a przez wystąpienie Niemayera doznała nowej podpory. Dziś wszyscy jesteśmy przekonani, że wylanie się krwi do płuc nie może w nich wywoływać zmian gruźliczych, że zawsze, gdzie po nich rozwinęła się gruźlica, była ona już przedtem, chociaż niedostępna do wykazania dla środków naszego badania i stanowiła przyczynę krwotoku płucnego a nie jego następstwo. Jeżeli tę sprawę cięciem miecza rozstrzygnięto, to pozostaje do rozważania sprawa druga, bardzo ważna z wielu względów, t. j. czy krew wylana do płuc nawiedzonych w mniejszym lub większym stopniu gruźlicą, jest dla tych płuc czynnikiem obojętnym, czy wywołuje zmiany; jeżeli wywołuje, to jakie, jaki wpływ wywierają one na samą sprawę gruźliczą w płucu a więc pośrednio i na stan chorego?

Przed r. 1882, przed odkryciem prątka Kocha, kwestyi tej jasno nie można było postawić, t. j. do chwili, w której rozstrzygniętą nie została wyżej wspomniana sprawa *phthisis ab haemoptoë*, bo, jak z jednej strony przypisywano wszystko, co znaleziono w płucu, wylanej krwi — tak z drugiej zaprzeczano jej wszelkiego znaczenia; uważano ją za czynnik zupełnie obojętny. Gdy odkrycie Kocha odebrało podstawę zasadniczą twierdzeniu pierwszych, pozostało po większej części twierdzenie drugich, poparte przeważnie doświadczeniami na zwierzętach, o których niżej wspomnę. Że tak jest, dość przejrzeć mniejsze lub większe dzieła, czy to podręczniki czy specyalne, jak sprawie tej względnie mało poświęca się uwagi. A tymczasem, zdaniem mojem, sprawa ta nie jest jeszcze dostatecznie rozstrzygniętą.

Trzy są drogi, któremi dążąc, możnaby sprawę rozjaśnić, t. j. badanie anatomo-patologiczne, obserwacya kliniczna i doświadczenia na zwierzętach. Pierwsza nie łatwo doprowadzić może do wyniku, gdyż z jednej strony rzadko możemy przedsięwziąć podobne badania a z drugiej, jak trudno ocenić, które zmiany są wynikiem wylania się krwi a które następstwem innych przyczyn. Punktem wyjścia musi być obserwacya kliniczna, która też dała mi pobudkę do tej pracy a rozjaśnienia zdobytych faktów szukać trzeba w doświadczeniu na zwierzętach.

Materyałem najlepszym do obserwacyi klinicznej były dla mnie przypadki z nieznacznemi zmianami gruźliczemi w szczytach płuc, bez gorączki, których stan znałem dobrze tak przed krwotokiem, jak podczas niego i dłuższy czas potem.

Pomijając nieznaczne krwioplucia, lub nagłe, które w kilku minutach lub w 1—2 dni kres życiu położyły, inne przypadki możemy podzielić na kilka grup.

I. W jednych po krwotoku mimo skrupulatnego badania nie znajdujemy żadnej nowej zmiany ani w obszarze pierwotnie zajętego miejsca, ani w innych częściach płuca; stan stale bezgorączkowy, czyli nie mamy żadnej podstawy do przypuszczenia, aby krwotok wywarł jakikolwiek większy wpływ. Przypadki to bardzo częste.

II. W drugich badając w kilka lub kilkanaście godzin po rozpoczęciu się obfitego krwotoku można wykazać w rozmaitych częściach płuca, już to koło wnęki, już to w okolicy pierwotnego nacieku z przodu a najczęściej w dolnym płacie z tyłu jednego lub obydwóch płuc miejsca, w których odgłos wypukowy był przytłumiony lub zupełnie stłumiony; oddech osłabiony lub zupełnie zniesiony, skąpe lub liczniejsze, najczęściej drobne, jednak i grubsze rzężenia. Łatwo było sobie wytłómaczyć co dopiero opisane zmiany aspiracyą krwi wylanej do pęcherzyków płucnych i odpowiednich

oskrzeli. Przebieg dalszy całego stanu i zmian powstałych w płucu układa się następnie rozmaicie; już to stłumienia te świeżo powstałe po kilku, częściej po kilkunastu dniach po woli jawnieją, szmery stają się wyraźniejsze, rzężenia występują wtedy obficie, powoli zmniejszając się nikną, chory wypluwa plwocinę już bez domieszki barwika krwi; stan przez cały ten czas bezgorączkowy lub czasami podgorączkowy i chory przedstawia stan płuc taki, jaki przed krwotokiem lub też pozostaje w tem miejscu nieznaczne przytłumienie. Przypadki to znów częste.

III. W innych razach sprawa nie odbywa się tak gładko. Na drugi, trzeci lub późniejszy dzień rozpoczyna się stan gorączkowy, nieraz bardzo wysoki a zwracając uwagę na miejsca nowych stłumień, przekonywamy się, że stłumienia nie jawnieją, lecz nawet stają się wyraźniejsze, mimo, że krwotok już ustał, i zajmują większą powierzchnię; szmer oddechowy z nieoznaczonego po kilku dniach może przejść w oskrzelowy; występują bardzo liczne, drobne rzężenia, niekiedy pojawia się tarcie opłucnowe, stan gorączkowy z torem nieregularnym utrzymuje się stale a trwać to może tygodnie całe. W pewnej liczbie przypadków sprawa przyjmuje obrót zwolna pomyślniejszy, gorączka obniża się, stłumienia zaczynają się zmniejszać, szmer oskrzelowy przechodzi w pęcherzykowy, rzężenia powoli nikną i chory osłabiony bardzo, jak po ciężkiej chorobie, powraca do stanu, w jakim go spotkał krwotok.

IV. W pewnej znów liczbie nie wszystkie miejsca wyżej wspomniane wracają *ad integrum*; pewna ich część, zwłaszcza w sąsiedztwie pierwotnego nacieku pozostaje stale stłumioną w tym samym stopniu lub mniej niż pierwotnie; rzężenia trwają, stan gorączkowy w mniejszym lub większym stopniu trwa dalej, jednem słowem mamy klinicznie powiększenie się pierwotnego nacieku.

V. W reszcie znów przypadków z rozsianych ognisk żadne nie niknie; owszem przybywają coraz nowe; tor gorączkowy przyjmuje nieraz obraz gorączki hektycznej i cały obraz odpowiada dalszym przebiegiem temu, jaki zwykliśmy nazywać suchotami galopującemi (*phthisis florida*).

To w krótkich słowach szkic obrazów, jakie zdarza nam się widzieć po krwotokach.

Wyraz zaś anatomiczny dla zmian klinicznych, co dopiero opisanych, byłby następujący: Krew aspirowana podczas krwotoku do płuc zajmuje pewne partye pęcherzyków i oskrzeli; ztąd stłumienie, osłabienie lub zniesienie szmerów oddechowych, wogóle obraz niedodmy. W znacznej części przypadków, krew ulega resorbcyi, odgłos jawnieje, szmer staje się wyraźniejszy, pojawiają się rzężenia; utrzymywanie się jednak długie nieraz rzężeń w tych miejscach i to rzężeń różnobańkowatych, gdy plwocina nie zawiera już śladu barwika krwi, wskazywałoby, że krew wylana w tych miejscach przecież sprowadziła zmiany odpowiadające częściowo niedodmie (*atelectasis*) i jakiejś sprawie nieżytowej na błonie śluzowej oskrzeli (*bronchitis*), które powoli ustępują. Pozostawanie czasami w tych miejscach stałego przytłumienia świadczyłoby o jakiejś stalszej zmianie. Sprawy te pośrednio w niektórych przypadkach dają podstawę do rozwinięciu się sprawy zapalnej nawiedzonych miejsc z przebiegiem klinicznym odpowiadającym zapaleniu płuc nieżytowemu a naciek ztąd powstały raz się rozdziela i ulega wessaniu częściowo lub w całości; innym razem stanowi przydatny grunt do rozwoju zarazka gruźliczego, który dostał się tam albo wraz z aspirowaną krwią lub też później. Tak przedstawialaby się sprawa kliniczna i takby ją należało pojąć.

By zyskać dla tego pojmowania podstawę, trzebaby przedewszystkiem udowodnić, że krew wylana do płuc rzeczywiście może dać podstawę do rozwinięcia się podobnych spraw chorobowych; trzeba się przekonać, czy ta krew jest czynnikiem obojętnym czy też nie. Badania anatomo-patologiczne tylko w bardzo szczęśliwych okolicznościach mogłyby dostarczyć odpowiedzi, jak to już wspomniałem; dlatego musi tu rozstrzygać doświadczenie na zwierzętach. W tę stronę zwrócono też i usiłowania.

Dotychczasowe badania były robione przed r. 1882, t. j. przed odkryciem prątka Kocha a miały za zadanie głównie rozstrzygnięcie sprawy *phthisis ab haemoptoë*. Oczywiście, że sprawy tej nie rozstrzygnęły a właściwie dały wynik ujemny, jak dać powinny. Nas tu jednak będzie obchodzić pytanie, czy prace te wykazały zmiany, w danym razie jakie, po wylaniu się krwi do płuc?

Przejdźmy je kolejno. (C. d. n.)

II. Przypadek róży zgorzelinowej moszen bez wytrzebienia.

Podał
Leon Rutkowski,
lekarz w m. Płońsku w płockiej gubernii.

Umieszczony w Nr. 19. *Przeglądu lekarskiego* opis przypadku róży zgorzelinowej, zakończonej wytrzebieniem, zachęca mię do podania wiadomości o prawie takiem samem cierpieniu, obserwowanem przeze mnie w końcu roku zeszłego. Nie ośmieliłbym się nudzić kolegów opisem obserwacyi z konieczności niezbyt dokładnej, gdyby nie ta okoliczność, że, pomimo wszelkich pozornych wskazań kastracyi nie zrobiłem a dalszy przebieg choroby dowiódł, żem postąpił w danym przypddku nieźle.

18. listopada 1892 roku zawezwano mię do odległego o 10 wiorst miasteczka Sochocina do chorego izraelity S. Przyjechawszy, zastałem człowieka jeszcze młodego, około 35 lat, budowy dosyć silnej, z wyrazem dotkliwego cierpienia na twarzy. Temperatura 40·4, oddech 36, tętno 120; w narządach wewnętrznych zmian przedmiotowych żadnych; moszna wielkości głowy dziecka, pokryte skórą czerwoną, obrzękłą, z sinemi gdzieniegdzie plamami. Zaczerwienienie i obrzęk skóry zachodzi na pośladki i w pachwiny; prącie również obrzękłe, skóra jednak na niem blada. Jądra i przyjądrza wskutek wielkiej bolesności i obrzmienia powłok trudne do zbadania; wydają się jednak wcale nie lub co najwięcej zaledwie nieco obrzękłe. Chory skarży się na znaczne osłabienie, ból głowy, brak snu i rozwolnienie. Z wywiadów przytoczono mi, że z wyjątkiem osutek chorób żadnych prawie innych nie przechodził; na długi czas przed opisaną chorobą był zupełnie zdrów, bezpośrednio zaś przed nią spotkał go wypadek następujący. Tradycyonalnym a miłym widocznie zwyczajem wylał S. pomyje z szaflika przed dom a było to podczas grasującej gdzieniegdzie w Królestwie cholery. Nieszczęście chciało, że to widział jakiś żołnierz, który kazał towarzyszom swym winnego wziąć za głowę i nogi i pośladkami wytrzeć wylane pomyje. Wykonano to z wielką energią i obrażono przy tej czynności moszna.

Ból jednak pacyent nasz czuł niezbyt wielki i to zaledwie kilka dni. W tydzień po tem zdarzeniu wyjechał chory do Warszawy, bawił tam czas jakiś a podczas powrotu doznawał już szalonego bólu w mosznach. Położył się do łóżka na 3 czy też na 4 dni przed moją wizytą. Leczenie (pierwotnie domowe) polegało na okładach ciepłych, później zimnych, wreszcie na nakadzaniu kamforą z porady miejscowego rabina.

Wobec wyżej opisanego stanu chorego zapowiedziałem otaczającym, że prawdopodobnie skóra częściowo ulegnie zgorzeli; co zaś do leczenia, to kazałem podniesione moszna i części zajęte przez różę okładać maścią waselinową z 5% domieszką karbolu i 10% jodoformu, ze względu zaś na bóle w brzuchu i w głowie, rozwolnienie i brak snu zaleciłem używanie nastoju makowcowego trzy razy dziennie po 10 kropel. 21. listopada wezwano mię do chorego po raz drugi; temperatura 39·7, oddech i puls jak poprzednio, chory w nocy majaczył, obecnie senny. W mosznach ból mniejszy; zaczerwienienie posuwa się nieco dalej na pośladki; dawne sine plamy nabierają zabarwienia szarożółtawego, cała skóra nieco bledsza, na ucisk mało czuła. Opatrzenie jak poprzednio. 29. listopada zastałem chorego w stanie następującym: Temperatura 38·3, oddech 28, tętno 100. Podmiotowo czuje się znacznie lepiej, senność ustąpiła, rozwolnienie również. Po zdjęciu opatrzenia okazało się, że całe moszna uległy zgorzeli; po odjęciu zmartwiałych powłok przedstawił mi się obraz, opisany przez kolegę Gąsiorowskiego: przegroda zniszczona, jądra, każde oddzielnie, wisiały na wydłużonych sznurkach nasiennych zupełnie nagie. Zastanowiłem się, co robić w danym przypadku. O pozostawieniu chociażby jednego jądra i o pokryciu go skórą nie mogło być nawet mowy, gdyż zaledwie z prawej strony mieliśmy kawałek skóry około 1 cm. długości a 4 cm. szerokości, z lewej zaś strony i z tyłu prawie do samego otworu stolcowego wszystka była zniszczona. Kastracya i pozbawienie młodego człowieka zdolności płodzenia mało przemawiały do mego przekonania; z drugiej zaś strony obawiałem się, że w najlepszym nawet razie ucisk tkanki bliznowatej wywoła prawdopodobny zanik jąder, a co ważniejsza, może nieznośne bóle. Ostatecznie zdecydowałem się na kilkodniową jeszcze obserwacyę, bo przecież wytrzebienie z łatwością wykonać będzie można i w późniejszym też czasie. Choremu zaleciłem codziennie przestrzykiwanie rany przegotowaną i ostudzoną słoną wodą i opatrywanie maścią wazelinową z 2% kwasu borowego i 10% jodoformu. Do dnia 14. grudnia otrzymywałem tylko ustne relacye, brzmiące jednostajnie, że chory czuje się zdrowym i że „wszystko“ goi się dobrze. Dnia 14. grudnia będąc w Sochocinie u innego chorego, zajrzałem i do S. Stan bezgorączkowy; bólów żadnych; podmiotowo czuje się bardzo dobrze. Sznurki nasienne skurczyły się; jądra przyciągnięte ku międzykroczu, pokryte tkanką bliznowatą; z boku nieco narasta na jądra zdrowa skóra, lecz na bardzo małym obszarze. Kazałem opatrywać w dalszym ciągu wazeliną z 3% domieszką kwasu borowego. 21. grudnia byłem znów w Sochocinie, ale tym razem chorego już w łóżku nie zastałem. Chory zupełnie swobodnie chodzi, bólów żadnych nie doznaje. Jądra w dolnej połowie pokryte tkanką bliznowatą nieprzesuwalną, z boków zaś skórą prawidłową. Od tej pory chorego nie widziałem; mówiono mi tylko, że jest zupełnie zdrów; przypuszczam, że przebyte cierpienie rzeczywiście żadnych dolegliwości po sobie nie pozostawiło; w innym bowiem razie niezawodnie udałby się do mnie o radę.

Mniej więcej w tymże czasie jeden z moich kolegów (Kal.) obserwował podobny przypadek u 80-letniego starca izraelity. I w danym przypadku całe moszna a nawet skóra na prąciu (częściowo) uległa zgorzeli; wytrzebienia nie robiono a chory jednak obecnie zadowolony z wyniku leczenia, chodzi nieraz po 3 mile dziennie i czuje nieco bólu tylko wtenczas, gdy mu jądra mocniej zziębną. Dodać jednak muszę, że oglądając dopiero co wspomnianego chorego zauważyłem na bliźnie 3 dosyć duże ogniska skóry zupełnie zdrowej, co dowodzi, że w danym przypadku zgorzel moszen nie była zupełną, tembardziej, że odejmowano moszna w rozmaitych porach częściowo.

Przytoczone przeze mnie przypadki dają, mojem zdaniem, lekarzowi prawo a może nawet w podobnych do mego przypadkach i niejako nakazują wstrzymywać się z rękoczynem mało znaczącym pod względem chirurgicznym, ważnym jednak dla chorego ze względu na kalectwo i na pośmiewisko, którego zwykle przedmiotem staje się człowiek pozbawiony jąder. Ciekawą było do zbadania rzeczą, czy pokryte blizną jądra nie tracą odpowiedniej sobie funkcyi; nie udało mi się jednak tego dotąd sprawdzić; mój bowiem przypadek zbyt jest jeszcze świeży. Kolega Gąsiorowski pomiędzy wskazówkami do kastracyi przytacza też obawę długiego ropienia; powód to dosyć ważny dla lekarza; zwykle jednak spotykamy się z zupełnie innemi zapatrywaniami się chorego i otaczających, których życzenia w takich razach uwzględniać chyba powinniśmy tem bardziej, że, jak się okazuje z mojego przypadku, cała choroba, to jest róża wraz z gojeniem się obszernej rany trwać może zaledwie pięć tygodni.

III. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 5. maja 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Wola tego „ja następowego“ jest bardzo rozległa i bardzo rozmaita a zależy od jego treści, która u każdego człowieka jest różną. Każdy człowiek ma odrębne zasady, odrębne myśli i dążności, każdy co innego uważa za najważniejszy cel swego życia; ztąd wola objawiająca się w czynach człowieka jest różna i to różna nie tylko u różnych ludzi, ale różna także u tego samego człowieka a zależy każdym razem od tego, czem osoba w danej chwili jest najbardziej zajęta. Zawsze jednak wola człowieka t. j. jego czyny czyli ruchy dowolnie skierowane ku pewnemu z góry określonemu i zamierzonemu celowi, zależą od kojarzenia wszystkich czynności wchodzących w zakres jego całego życia umysłowego. Poczucie, świadomość i wola są więc nierozłączne ze sobą, chociaż u różnych ludzi a nawet u tego samego człowieka wśród różnych okoliczności różnie na zewnątrz się objawiają. W chorobach umysłowych różnice te tem bardziej występują a różne choroby umysłowe cechują się często właśnie różnemi zmianami w zakresie wymienionych działów życia umysłowego. Jak już niejednokrotnie wspomniałem, wola człowieka zależy od jego świadomości

czyli wiedzy a świadomość ta czyli wiedza tworzy się i rozwija przez gromadzenie coraz większej ilości wrażeń zmysłowych. Od czynności zmysłów zależy przeto treść i rozmiar świadomości. Im kto mniej wrażeń przez zmysły otrzymuje, tem bardziej ograniczoną będzie jego świadomość t. j. wiedza, a najbardziej to widzimy u osób pozbawionych już od urodzenia pewnych zmysłów.

Zebrane w ciągu życia za pomocą zmysłów poczucia i wyobrażenia ustalają się, jak wiadomo, w ośrodkach kory mózgowej i mogą być w każdej chwili całkowicie lub częściowo odtworzone w wyobraźni, jeżeli nie zatarły się w pamięci.

Człowiek żyjąc zawsze w towarzystwie innych ludzi, potrzebuje często porozumiewać się z nimi i wyrażać to, co mu się przedstawia. Do wyrażenia tego służy mowa. Jak badania wykazują, mowa ludów dziś jeszcze zostających na bardzo nizkim stopniu umysłowego rozwoju, zbliżającego się do stanu zwierzęcej dzikości, ogranicza się do bardzo małej ilości wyrazów. Mowa człowieka pierwotnego musiała być jeszcze bardziej ograniczona. Człowiek ten miał tylko nazwy na najważniejsze przedmioty, z którymi nieustannie się stykał. Prawdopodobnie najpierw zaczął nazywać matkę i ojca tudzież najbliższe sobie osoby, potem zwierzęta a to zazwyczaj wedle głosu, jaki wydawały, następnie tworzył nazwy na różne przedmioty, później na ich własności i przymioty, dodając do nazw przedmiotów pewne końcówki; tak utworzył z błękitu wyraz błękitny, z wyrazu niebo niebieski, z wyrazu złoto złoty, z czego potem powstał wyraz żółty i t. p. W końcu począł w podobny sposób tworzyć nazwy na różne działania i czyny ludzkie i zwierzęce i t. d. Tak więc przedmioty zastąpił wyrazami a wyobrażenia wzrokowe zastąpił słuchowemi. Słysząc nazwę jakiegoś przedmiotu, odtwarzał sobie w wyobraźni optyczny obraz jego i tak powstały pierwsze myśli, pierwotnie naturalnie bardzo skąpe i ograniczone. Pierwotne nazwy przedmiotów musiały być bardzo ogólne. Każdą istotę biegającą nazywał zwierzęciem, każdą istotę rosnącą rośliną, latającą ptakiem, pływającą w wodzie rybą, pełzającą po ziemi płazem i t. p. Później dopiero zaczął wedle szczególniejszych własności tych istot rozróżniać jedne od drugich i tworzył nowe nazwy w miarę wzrostu swych wiadomości. W taki sposób powstała mowa wyrazowa i rozwijała się coraz bardziej w miarę potrzeby. Zupełnie podobnie rozwijają się u dzieci myśli i mowa, którą dzieci często same nawet sobie tworzą. Niejednokrotnie potrzebował człowiek porozumiewać się z osobami, z którymi się nie stykał bezpośrednio. Kupcy i rzemieślnicy, chcąc zwrócić uwagę przechodniów na swoje towary, względnie wyroby, wystawiali je na tykach przed chatą. Był to sposób niewygodny i niepewny, często mu te przedmioty kradziono; inne psuły się skutkiem wpływów atmosferycznych. Człowiek wziął się więc do rzeczy w inny sposób; zamiast przedmiotów wystawiał ich wizerunki. Później wizerunki zastępował umówionemi znakami. Nieraz musiał się człowiek porozumiewać z bliskiemi i przyjaznemi sobie osobami za pośrednictwem osób obcych, nie pewnych, lub może nawet nieprzyjaznych; często musiał porozumiewać się z niemi skrycie. W takim razie zamiast wyrażania jakiegoś przedmiotu słowem, wyrażał go pewnym znakiem. W ten sposób powstało pismo. Pierwotne pismo miało na każdy przedmiot osobny znak, jak to widzimy w piśmie chińskiem i japońskiem. Później powstało pismo zgłoskowe a w końcu głoskowe. W taki sposób zamieniał człowiek wyrazy słyszane, względnie wymawiane, znakami optycznymi a więc pierwotne obrazy wzrokowe zastąpił najpierw słuchowymi a w końcu zmienił je znowu na wzrokowe w innej prostszej postaci.

Pierwotny człowiek myślał odtwarzając sobie w wyobraźni kształty t. j. obrazy przedmiotów, a więc myślał obrazowo, następnie myślał wyrazowo, zastępując obrazy ich nazwą. Jeden i drugi sposób myślenia zachował się do dzisiejszego dnia a polega tylko na odtwarzaniu wyobrażeń zmysłowych, jużto całkowicie, jużto częściowo. Wreszcie zdolnym jest człowiek tworzyć z różnych części składowych prostych wyobrażeń najrozmaitsze kombinacye i w ten sposób tworzyć wrzekomo coś całkiem nowego; wrzekomo powiadam, gdyż w rzeczywistości człowiek nie tworzy nic bezwzględnie nowego dla siebie. To, co tworzy, jest tylko wynikiem dawniejszych jego wiadomości odpowiednio połączonych i zestawionych.

Człowiek każdy myśleć może tylko tak, jak mu wskazują nabyte za pośrednictwem zmysłów wiadomości. Myśl przeto nie jest wcale czemś zupełnie oderwanem od rzeczywistych przedmiotów, czemś niezależnem od zmysłów, lecz przeciwnie jest wyłącznie wynikiem czynności zmysłowej. Pojęcia oderwane są tylko nazwą zbiorową pewnych przedmiotów rzeczywistych lub ich przymiotów i działań. Wszelkie myślenie polega jak wspomniałem, tylko na odtwarzaniu w całości lub częściowo ustalonych wrażeń zmysłowych i na łączeniu osobnych części ze sobą. Zdolność tę nazywamy wyobraźnią, jeżeli tyczy się przedmiotów. Jeżeli zaś tyczy się tylko nazwy przedmiotów a więc osobnych wyrazów i zdań, zowiemy ją rozumem. Można być bardzo rozumnym a mieć bardzo słabo rozwiniętą wyobraźnię i przeciwnie. Są to odrębne, zupełnie zdolności i najczęściej wzajemnie się wykluczające. Sławni malarze, rzeźbiarze lub muzycy rzadko słynęli z rozumu i naodwrót wielcy mędrcy rzadko bywali równie wielkimi sztukmistrzami.

Z tego wynikałoby, że myślenie oderwane jest przecież czem innem od obrazowego. Tak jednak nie jest. Różnica między myśleniem obrazowem t. j. wyobraźnią a myśleniem oderwanem t. j. wyrazowem polega na tem, że przy ostatniem umysł więcej się natęża, albowiem podwójnie pracuje. Chcąc zrozumieć należycie słyszane wyrazy, wyobrażamy sobie zazwyczaj równocześnie przedmioty, które one przedstawiają; chcąc zrozumieć treść zdań całych np. opowiadanie, przedstawiamy sobie w myśli całe zajście przedmiotowo t. j. obrazowo. Jeżeli chcemy zapamiętać obraz jakiegoś przedmiotu, wystarczy wpatrywać się w niego kilka razy, chociaż przez krótki przeciąg czasu; jeżeli chcemy zapamiętać jakieś słyszane opowiadanie, musimy zapamiętać cały szereg wyobrażeń zmysłowych (słuchowych) i to w pewnym, stałym porządku. Jeżeli chcemy zapamiętać jakieś opowiadanie czytane, pracujemy jeszcze więcej, gdyż znaki optyczne zamieniamy na wyrazy słuchowe a te dopiero w wyobrażenia przedmiotowe. Przez ćwiczenie się nabywamy w tem wielkiej wprawy a z początku idzie to dosyć trudno. Zapamiętanie zdań oderwanych, nie mającej takiej ciągłości, jaka zazwyczaj bywa w opowiadaniach, jest naturalnie jeszcze trudniejsze i wymaga jeszcze większego wytężenia umysłowego i częstszego powtarzania.

Do różnych czynności umysłowych muszą służyć różne komórki mózgowe. Niektóre z nich już przed urodzeniem są częściowo przygotowane do pewnych tylko czynności;

inne natomiast nie są jeszcze należycie wyróżnione i dadzą się wedle potrzeby przez ćwiczenie w pożądany sposób wykształcić. Już od zawiązku swego posiadać więc musi człowiek większą skłonność do wyrabiania się w pewnym kierunku. Skłonność ta może być tak wielka, że się pokonać nie da, i człowiek wtedy musi rozwijać się umysłowo jednostronnie. Jakkolwiek przeto od wrażeń zmysłowych a więc od odczuwania otoczenia, warunków życia, sposobu wychowania i wykształcenia człowieka, zależą wszystkie jego myśli, zasady moralne i etyczne, tudzież dążności t. j. cała jego uczuciowość, wiedza i wola, to przecież główny kierunek we wszystkich objawach całego jego życia tak fizycznego jak i umysłowego, zależeć będzie przeważnie od wrodzonej t. j. odziedziczonej budowy i ukształtowania się jego ustroju. Znamy różne stany chorobowe umysłu, które się właśnie cechują wrodzonym brakiem i to częściowym lub zupełnym pewnych zdolności, co pochodzi z braku częściowego lub zupełnego odpowiednich komórek mózgowych lub też nienależytego, t. j. zboczonego ich wykształcenia się. Jak z tego wszystkiego widzimy, człowiek nie posiada bezwzględnie wolnej woli a czyny jego zależą częścią od wrodzonych, częścią od nabytych skłonności, mających źródło swe w odpowiedniej budowie i czynności różnych części jego ustroju, głównie zaś jego mózgu, względnie komórek mózgowych. Widzimy to najlepiej w dziejach ludzkości, która w różnych czasach i wśród różnych okoliczności różnemi i często wprost przeciwnemi kierowała się zasadami a więc nie zawsze to samo uważała za złe lub za dobre. Tak samo rzecz się ma i z każdym z osobna człowiekiem.

Tak objawy czucia jak i objawy wiedzy, jakoteż woli, zależą od pobudliwości. Wszystkie rodzaje pobudliwości mogą być podwyższone albo obniżone. W pierwszym razie mówimy o urażności (*vulnerabilitas*); w drugim razie o otrętwiałości (*torpiditas*). Sposób poznawania tworzy rozum (*intellectus*), sposób czucia stanowi uczuciowość (*Gemüth*), sposób działania (występowania na zewnątrz) udolę czyli temperament. Sposób ten wyrabia się i przekształca z czasem; ma zawsze jednak pewną podstawę w budowie samego ustroju; zowiemy to usposobieniem (*praedispositio*). Rozum okazuje różne stopnie; ztąd człowiek może być genialnym, zdolnym, ograniczonym, ogłupiałym. Uczuciowość przedstawia się w nastroju wesołym i smutnym; uczuciowość może być słaba lub mocna, stała lub zmienna czyli kapryśna. Czem jest temperament dla popędów, tem jest charakter dla czynów rozmyślnych; może więc być dobry, zły; surowy, łagodny; dobroduszny, złośliwy; spokojny, niespokojny; cierpliwy, niecierpliwy; gwałtowny, powściągliwy; dziki, ludzki; energiczny i nieugięty czyli stały, lub ślamazarny, słaby, zmienny; szlachetny, podły. Galenus opierając się na nauce Hipokratesa, rozróżniał cztery rodzaje temperamentu, wedle stosunku czterech zasadniczych cieczy, z których wrzekomo ustrój się składa: sangwiniczny, flegmatyczny, choleryczny, melancholiczny. Odnosi się to jednak teraz do stosunku wzajemnego czucia i ruchu t. j. pobudliwości do czynu. Bardzo uczuciowy, drażliwy, prędko bez namysłu działający temperament, zowiemy sangwinicznym; słabo uczuciowy, mało drażliwy, powolnie działający, lecz z należytym rozmysłem, zowiemy flegmatycznym; należyty stosunek między uczuciem, myśleniem i działaniem widzimy w temperamencie cholerycznym; niestosunek między usiłowaniem a czynem t. j. chęć bez woli, spostrzegamy w temperamencie melancholicznym.

1) Podwyższoną drażliwość sfery ruchowej (*motilitas*) nazywamy (*hyperkinesia*) t. j. nadmierną pobudliwością ruchową; odpowiednio temu zowiemy: 2) *hypokinesia* upośledzoną pobudliwość ruchową, 3) *akinesia* zniesioną pobudliwość ruchową; inaczej stany te zowiemy także 1) *convulsibilitas* 2) *paresis* 3) *paralysis*. *Motilitas* znaczy co innego jak *mobilitas*; pierwsza oznacza zdolność do ruchu, t. j. pobudliwość ruchową; druga oznacza sposób wykonywania ruchu, co zowiemy ruchliwością. Zmienną pobudliwość ruchową nazywamy *parakinesia*; podobnie nazywaliśmy drażliwość czuciową zwiększoną *hyperaesthesia*, zmniejszoną *hypaesthesia*, zniesioną *anaesthesia*, zmienioną *paraesthesia*; to samo można zastosować i do zmysłów. Należyte czucie nazywamy *akro-* lub *oxyaesthesia;* należytą zdolność ruchową *akro* lub *oxykinesia.*

Jak już powiedziałem, nieokreślone dokładnie a więc niejasne i niepewne wrażenie umysłowe nazywamy poczuciem. Dokładne i wyraźne a więc ściśle określone wyobrażeniem lub spostrzeżeniem. Jeżeli już niepewne wrażenia sprawiają poczucie, to wyobrażenia tem bardziej muszą łączyć się z poczuciem. Słabszy stopień poczucia jest dla nas zazwyczaj obojętnym; wyższy stopień poczucia nazywamy czuciem, które bywa przyjemnem, jeżeli wrażenie je sprawiające osiągnie pewien średni stopień; jeżeli zaś ten średni stopień przekroczy, staje się zawsze nieprzyjemnem.

Filozofowie rozróżniają różne uczucia. Przedewszystkiem dzielą je niewłaściwie na dodatne i ujemne, t. j. przyjemne i nieprzyjemne, podniecające i przygnębiające, wesołe i smutne, nadto niespodziane i oczekiwane. Do pierwszych liczą przerażenie, przestrach, gniew i złość, do drugich nadzieję, obawę, trwogę. Rozróżniają nadto uczucia mięszane, jak rozrzewnienie, niepewna nadzieja, radosny smutek np. wiadomość o śmierci krewnego, który niespodziewanie cały swój duży majątek zapisał dotyczącej osobie.

Co się tyczy jakości, podzielono uczucia na różne rodzaje a mianowicie 1) zmysłowe 2) estetyczne 3) rozumowe (w badaniach naukowych) 4) etyczne (ludzkie) lub moralne (obyczajne, życie wedle zasad) 5) idealne (dążenie do wyniosłych celów). Wszystkie te uczucia mogą być dwojakie: przyjemne, nieprzyjemne; piękne, brzydkie; prawdziwe, fałszywe; bliźnie, sobkowskie; sprawiedliwości, niesprawiedliwości; względnie słuszności, niesłuszności. Można być bardzo moralnym a pozbawionym etyki t. j. można być bardzo taktownym i obyczajnym a nieludzkim i podłym. Można być bardzo niemoralnym a przytem bardzo etycznym t. j. sumiennym, ludzkim i szlachetnym. Stósownie do uczucia, jakie sprawia pewien przedmiot, możemy go pożądać albo też starać się go usunąć od siebie; w pierwszym razie mówimy względem osób o chęci, skłonności, przywiązaniu, miłości; względem rzeczy zaś o pragnieniu, potrzebie, żądzy, namiętności; w drugim razie o niechęci, odrazie, wstręcie, nienawiści. Wola wyrabia się z popędów przez ćwiczenie t. j. wychowanie i wykształcenie w ten sposób, że czyny nie są czysto odruchowymi, lecz stają się obmyślanymi (*nicht reflex-artig, sondern reflectirt*, jak Niemcy się wyrażają). Podwyższenie poczucia własnej osoby przedstawia się jako ufność w siebie, duma i pycha; w wyższym stopniu jako zachwyt a nawet podniecenie ogólne; obniżenie tego poczucia objawia się w braku ufności w siebie, w skromności i pokorze; w wyższym sto-

pniu w zwątpieniu i przygnębieniu. Dążności, usiłowania i czyny wedle Lockego mogą być:

1) egoistyczne, czyli sobkowskie, które potęgować się mogą aż do tego stopnia, że osoby mające je lubują się w przypatrywaniu się cudzym cierpieniom; zowiemy to pastwieniem się; przytem poświęca się drugie osoby dla własnej przyjemności.

2) Altruistyczne czyli bliźnie, będące przeciwieństwem pierwszych; uczucia bliźnie mogą się do tego stopnia potęgować, że osoby z niemi tak dalece lubują się w przypatrywaniu się szczęściu i zadowoleniu drugich, iż często siebie samych poświęcają, by drugim sprawić przyjemność, względnie ich uszczęśliwić.

Społeczeństwo polega głównie na odpowiednim stosunku uczuć sobkowskich i bliźnich, przyczem główną gra rolę współczucie t. j. wspólna radość, wspólny smutek i poświęcenie własnych przyjemności dla pewnych zasad stających się obowiązkami.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Kobert (w Dorpacie): **Lehrbuch der Intoxicationen.** Mit 63 Abbildungen im Text. Verlag von F. Enke. Stuttgart. 1893. 8-vo. Str. 816.

Powyższy podręcznik powszechnie znanego i wielce cenionego toksykologa wypełnia dokładnie lukę na polu dokładnych a praktycznych podręczników przedmiotu ważnego zarówno dla lekarza praktycznego, jak i sądowego. Podręcznik ten stanowi drugie przerobione i powiększone wydanie dziełka, wydanego przed 6 laty przez tegoż autora. Cały nakład pierwszego wydania wyczerpano, przez co okazała się istotna potrzeba powtórnego wydania. Wprawdzie przeznacza autor podręcznik ten dla uczniów i lekarzy praktycznych, jednak może on oddać wielkie usługi tak chemikom, jak i lekarzom sądowym a wreszcie i aptekarzom.

Bogatą treść podzielił autor na część ogólną i szczegółową.

W pierwszej roztrząsa ogólnie zatrucia i sposoby ich wykazania. Część szczegółowa dzieli się na 3 rozdziały, w których autor opisuje trucizny po kolei i odpowiednie im zatrucia ze względu na etyologię, statystykę, sposób działania, dawkę, obraz chorobowy, zmiany pośmiertne, leczenie, wreszcie i na sposoby ich wykrycia. Pierwszy rozdział części szczegółowej obejmuje istoty trujące, które wywołują zmiany anatomiczne albo w tem miejscu, z którem się zetknęły, jak n. p. kwasy żrące, alkalia, drażniące pary i gazy i t. d. lub odległe od miejsca zastosowania trucizny, jak n. p. fosfor, bismut, ołów, sporysz i t. d. W drugim rozdziale mowa o substancyach, upośledzających krążenie krwi albo w sposób mechaniczny, jak dwutlenek dwuwodoru lub przez rozpuszczenie i zniszczenie czerwonych ciałek krwi, n. p. solanina, trójwodorek arsenu i t. d., lub przez przemianę hemoglobiny w methemoglobinę, n. p. chloran potasowy, pirogallol, nitrobenzol, glonoina, anilina, azotan amilowy, antypiryna, antyfebryna i t.d., lub przez swoiste przeobrażanie krwi, jak n. p. tlenek węgla, siarkowodór, kwas pruski, sinek potasu i t. d. W rozdziele trzecim znajduje się rzecz o istotach trujących, które nie wywołują w ustroju zmian anatomicznych a działają albo na środkowy narząd nerwowy, n. p. chloroform i inne środki znieczulające, makowiec i jego zasady, grupa chloralu, kokaina, atropina, strychnina, santonina, zasady kory chinowej i t. d., albo trucizny działające na serce, n. p. naparstnica, muskaryna, ciemiernik.

W końcu kreśli autor w dodatkowym rozdziele rzecz o trujących przetworach przemiany materyi u człowieka i zwierząt, o drobnoustrojach rozwijających się w ich pokarmach lub w nich samych za życia lub po śmierci, o ptomainach i dotąd znanych toksynach i toksalbuminach, jadzie kiełbasianym i t. d., wreszcie tak zwanych autointoksykacyach jak *ammoniaemia, uraemia, glykaemia.*

Całość pracy opiera się na wielkiem własnem doświadczeniu autora, jak również na dokładnie zebranej a doskonale przedmiot ilustrującej literaturze. Pod każdym względem można podręcznik ten uważać za znakomity, pierwszorzędnej wartości nabytek dla literatury przedmiotu, o którym mowa, i polecić go jak najgoręcej ogółowi lekarzy do użytku.

Dr. Wachholz.

Terapia.

E. Gebert (z polikliniki Dra A. Blaschki w Berlinie): **O leczeniu wiewióra (trypra).**

Na podstawie doświadczenia w 650 przypadkach opisuje autor leczenie używane w wymienionej poliklinice.

W przypadkach całkiem świeżych nie robi się zazwyczaj żadnych wstrzykiwań do cewki moczowej, raz ponieważ nic nie skutkują a powtóre nieraz nawet szkodzą. Tylko w razie, jeżeli zapalenie jest znaczne, ropienie bardzo obfite a bolesność nadzwyczajna, robi się wstrzykiwania po każdem oddaniu moczu roztworem ogrzanym środka lekko ściągającego, jak wodą ołowianą (*Aqua plumbi*), $\frac{1}{2}\%$ roztworem siarkanu cynkowego lub roztworem nadmanganezanu potasowego w stósunku 0·1 na 200·00 wody. Do wstrzykiwań używa się strzykawek szklanych średniej wielkości ze stożkowatą nasadką kauczukową.

Wogóle rozpoczyna się leczenie od podawania środków balsamicznych, mianowicie olejku santałowego po 3 gramy dziennie, rozdzielone na 6 torebek po 0·5, z których się zażywa trzy razy po dwie. Pacyentom, którzy nie mogą połykać torebek, zapisujemy olejek santałowy w kroplach łącząc go z olejkiem mięty pieprzowej podług przepisu:

Rp. *Olei menthae piper. guttas 10*
Olei santali ad 15·00
MDS. Trzy razy dziennie po 15 kropel zażywać.

Olejek santałowy zazwyczaj znoszą chorzy bez szczególniejszych dolegliwości; w rzadkich tylko przypadkach pojawiają się przypady żołądkowe lub kolki nerkowe. Osutki skórne, nieraz do pokrzywki podobne, trafiają się po olejku santałowym znacznie rzadziej, niż po balsamie kopaiwianym.

Jeżeli chorzy nie znoszą olejku santałowego, podaje się im zwykle balsam kopaiwiany w torebkach zawierających po 0·6, których zażywać mają trzy razy dziennie po dwie.

Przypady żołądkowe i nerkowe występują częściej po balsamie kopaiwianym, niż po olejku santałowym.

Jeżeli chorzy w ogólności nie znoszą środków balsamicznych, przechodzi się niezwłocznie do wymienionych już wyżej środków ściągających, mianowicie $\frac{1}{2}\%$ roztworu siarkanu cynkowego lub roztworu nadmanganezanu potasowego (*kali hypermanganicum*) w stósunku 0·1 na 200·00 wody. Przed wstrzykiwaniem oddaje chory mocz. Wstrzykiwania same robi się na letnio po trzy razy dziennie, zatrzymując płyn w cewce przez jednę do dwóch minut przez zaciśnienie ujścia zewnętrznego.

Suspensoryum noszą chorzy tylko ciężko pracujący lub dotknięci żylakiem powrózka nasiennego (*varicocele*) lub wreszcie ci, którzy przebyli zapalenie przyjądrza.

Pod względem zachowania się ogólnego chorzy dostają osobne przepisy drukowane następującej treści:

1) Chory winien baczyć, by miał codziennie po jednem do dwóch wypróżnień.

2) Zakazane są: ćwiczenia gimnastyczne, tańczenie, granie w kręgle, bieganie a przede wszystkiem spółkowanie.

3) Nie wolno używać piwa, wódki, wina, pokarmów i napojów kwaśnych, sera i ostrych przypraw korzennych.

4) Dozwala się używania jarzyn, mięsa, łagodnych sosów, chleba białego i czarnego, kawy, herbaty, mleka, kakao, w małych ilościach wina czerwonego z wodą. Zaleca się picie znacznej ilości wody. Bezpośrednio przed kładzeniem się do łóżka nie należy wiele ani jeść ani pić.

5) Prącie należy zawsze utrzymywać czysto, obmywać kilka razy dziennie zimną wodą a jeżeli wydzielina jest znaczna, przed ujście zewnętrzne zakładać pęczek waty. Po każdem dotknięciu się prącia należy ręce umyć starannie.

6) Za każdą bytnością u lekarza należy przynieść ze sobą dwie małe flaszeczki moczu oddanego rano, z których jedna, oznaczona I., zawiera pierwszą część moczu, druga oznaczona II. ostatnią część moczu oddanego tegoż samego dnia.

Ustęp 7-my zawiera skazówkę już wiadomą co do sposobu wstrzykiwań leków do cewki.

Pewna część, 15 do 20% wszystkich przypadków, kończy się pomyślnie przez zażywanie samego tylko olejku santałowego w 1½ do 3 tygodniach, przyczem baczyć należy, by środka tego nagle nie przerywać, tylko dawkę zmniejszać powoli i przynajmniej przez 14 dni zażywać po 0·5 do 1·0 wystrzegając się oczywiście jeszcze przez czas pewien wybryków *in baccho et venere.*

Przypadki, w których po trzech tygodniach wydzielina wprawdzie się zmniejszyła, jednakowoż nie ustala, wymagają dalszego leczenia wstrzykiwaniami obok zmniejszenia dawki olejku santałowego. Jeżeli leczenie mimo tego nie postępuje, t. j. błona śluzowa cewki moczowej przyzwyczaiła się już do leku, przechodzi się do właściwych środków ściągających, jak roztworu siarkanu cynkowego w stósunku 0·75 do 1·0 na 100·00 wody, tanniny 1·0—2·0 na 200·00 lub azotanu srebrowego 0·03 : 100·00.

Wstrzykiwań tych należy zaraz zaprzestać, skoro tylko wystąpi jakieś powikłanie.

Najczęstszem z pomiędzy nich jest zapalenie przyjądrza (*epididymitis*), występujące w 7% przypadków, prawie zawsze tylko po jednej stronie, bez różnicy co do częstości między prawą a lewą.

W zapaleniu przyjądrza winien chory bezwarunkowo leżeć spokojnie w łóżku, pod moszna podłożyć poduszkę i robić ciągle zimne a nawet z wody lodowej okłady. — W niektórych przypadkach, w których zimno nie działało, okazały się skutecznemi wilgotne okłady ciepłe. Podczas tego leczenia chory nie używa nic innego, jak tylko środków rozwalniających. W razie bólów rozpromieniających się od moszen ku pachwinie lub nawet ku grzbietowi, co jest oznaką zapalenia sznurka nasiennego, stawia się pijawki a nawet zadaje morfinę.

Zazwyczaj po 3 lub 4 dniach takiego leczenia obrzęk twardy i bolesny mięknie i staje się mniej bolesnym; wtedy pozwala się choremu wstać i zakłada mu na moszno opaskę gumianą na 4 cm. szeroką a na dwa metry długą. Objąwszy osobno jądro i przyjądrze z jak największą częścią skóry po stronie chorej obwija się je opaską naokoło a następnie obwija wielokrotnie podłużnie i poprzecznie, dopóki wszystkiego nie pokryje się opaską zupełnie. Opaskę nawija się miernie ją naciągając, ponieważ sama jej elastyczność wystarcza do stósownego ucisku. Jeżeli po założeniu opaski wystąpią bóle, należy opaskę odjąć, robić jeszcze zimne okłady i dopiero po tem znów ją założyć. Na opaskę gumianą zakłada się suspensoryum i pozwala choremu chodzić. Ten sposób leczenia jest już dla czystości praktyczniejszy, niż znana opaska Frickego. Po 8 miu dniach zdejmuje się opaskę i obciera dobrze moszna, tem bardziej, iż nagromadza się pod nią dużo wydzieliny skórnej wydającej woń nieprzyjemną. Po oczyszczeniu i osuszeniu skóry i opaski można założyć na nowo opaskę, w razie potrzeby przyciągając ją ściślej, dopóki obrzmienie nie zmniejszy się jak najbardziej. W przypadkach więcej przewlekłych i gdzie z powodu właściwej budowy moszen nie można użyć opaski, używa się po złagodzeniu gwałtownych objawów zapalnych maści: Rp. *Jodi puri* 0·50
Ungti kalii jodati 20·00
MDS. Zewnętrznie.

wyścielając suspensoryum dobrze watą. — W tych razach można użyć także suspensoryum Langleberta lub Caspera.

Po wyleczeniu zapalenia przyjądrza rozpoczyna się znowu leczenie właściwe wiewióra.

Drugą komplikacyą wiewióra ostrego jest zajęcie przezeń tylnej części cewki moczowej i pęcherza a jakkolwiek te dwie części odróżniać od siebie należy pod względem nietylko anatomicznym, ale i patologicznym, pod względem klinicznym można je razem traktować, bo i przypady chorobowe z ich strony różnią się od siebie przede wszystkiem tylko swym stopniem a terapia w ogólności jest dla obydwóch jednaka.

Zaleca się przeto wstrzymanie wszelkich wstrzykiwań spokój jak największy, w przypadkach ciężkich leżenie spokojne w łóżku i okłady hidropatyczne na brzuch.

Do sprowadzenia wypróżnień jelitowych służą leki solne (*salinica*); wszelkie napoje wyskokowe są stanowczo wzbronione a w przypadkach ciężkich dyeta wyłącznie płynna, nawet tylko mleczna.

Do złagodzenia parcia na mocz można nieraz użyć skutecznie mleczanki migdałowej czyli orszady a w razie większych w tej mierze dolegliwości salicylanu sodowego z wyciągiem pokrzyku wilczej jagody w formie:

Rp. *Natrii salicylici* 10·00
Aquae destil. 195·00
Exti belladonnae 0·30
Tincturae cort. aurantiorum ad 200·00

MDS. Co 2 lub 3 godziny zażywać po łyżce stołowej.

lub salolu w dawkach dużych, gramowych co 2 lub 3 godziny. Nadzwyczaj skuteczny jest w wielu razach napar mięszaniny równych części siemienia lnianego (*semen lini*) i liści jagody niedźwiedziej (*folia uvae ursi*) używany po 4 do 5 filiżanek dziennie. Niekiedy, mianowicie jeżeli jeszcze pęcherz nie był zajęty, działa skutecznie na parcie na mocz olejek santalowy w torebkach.

Gdy w ten sposób miną pierwsze ostre przypady, użyć można z dobrym skutkiem wód mineralnych wildungeńskiej i ze zdroju św. Salwatora a w razie zajęcia przez wiewiór tylko tylnej części cewki moczowej, przepłukiwania jej słabym roztworem azotanu srebrowego (1 na 2000 do 3000 wody) za pomocą cienkiego kateteru elastycznego.

Obrzmienia gruczołów limfatycznych są rzadkie podczas tego sposobu leczenia wiewióra i przechodzą albo same albo po użyciu przylepca rtęciowego (*empl. mercuriale*). Bardzo rzadkiem powikłaniem jest ropienie w tkance kołocewkowej. Jeżeli jest, należy spauzować z wstrzykiwaniami, działać przeciwzapalnie a w razie chelbotania użyć noża.

W leczeniu wiewióra przewlekłego trzeba przede wszystkiem rozstrzygnąć, gdzie przeważnie tkwi sprawa chorobowa czy w przedniej czy w tylnej części cewki. Do tego służą w klinice Dra Blaschki głównie badanie moczu i badanie samejże cewki.

Co się tyczy moczu, używa się do tego moczu porannego, zbierając go w trzech częściach: początkowej, środkowej i końcowej. Do badania służą wyłącznie pierwsza i ostatnia. Jeżeli ostatnia jest zupełnie przeźroczysta i niema w sobie właściwych nitek wiewiórowych, niema z pewnością zajęcia znaczniejszego tylnej części cewki i pęcherza moczowego. Małe ilości wydzieliny trzymają się oczywiście ściany cewki i wychodzą zaraz za oddaniem moczu w pierwszej chwili; są przeto w początkowej części moczu.

Ten sposób badania jest oczywiście tylko przybliżony.

Drugim sposobem oznaczania siedziby zmiany chorobowej jest użycie zgłębnika eksploracyjnego Guyona, narzędzia praktykom jeszcze za mało znanego. Jest to, jak wiadomo, cienki zgłębnik elastyczny z guziczkiem oliwkowatym różnej grubości na końcu. Zwykle wystarczają numery 19 i 20 skali francuskiej. Narzędziem tem nie tylko można wyszukać każde zwężenie, ale nadto wydobyć z cewki do badania nieco wydzieliny, która, jeżeli się przed wprowadzeniem zgłębnika przestrzyknęło przednią część cewki, pochodzić może tylko z części jej tylnej. Przy wprawie można zgłębnikiem eksploracyjnym Guyona wykryć nadto każdą nierówność w ścianie cewki a przy uwadze pacyenta także i miejsca bolesne lub przynajmniej za dotknięciem tkliwe.

W ten sposób używając zgłębnika a obok niego i mikroskopu można sprawę rozpoznać dokładnie nawet bez uretroskopu.

Co się tyczy leczenia wiewióra przewlekłego, wstrzykują sobie pacyenci po dwa do trzech razy dziennie roztwory środków ściągających, jak azotan srebrowy $^{1}/_{2}$ ‰ lub 1‰, siarkan cynkowy 1%. Niekiedy skutkuje bardzo dobrze mocniejszy roztwór azotanu srebrowego (1 na 750 lub nawet 500 wody), który wprawdzie sprawia ból bardzo gwałtowny i wydzielinę chwilowo powiększa, po którym jednak później wydzielanie nieraz zupełnie ustaje.

Jeżeli są zajęte albo obydwie części cewki albo jedynie tylna, używa się albo zgłębnika właściwego z maściami albo głębokich wstrzykiwań cewnikiem Guyona przy pomocy strzykawki Pravaza. Jeżeli zgłębnik wykaże miejsce bolesne lub jeżeli po wyjęciu go z cewki okaże się na guziczku krew z ropą, wtedy wprowadza się cewnik z guziczkiem na końcu aż do miejsca tkliwego i wstrzykuje po jednej lub dwie podziałki 1% lub 2% roztworu azotanu srebrowego za pomocą strzykawki Pravaza. W celu wydalenia zbytniej ilości tego płynu oddaje chory po wstrzyknieniu mocz albo wstrzykuje mu się wodę.

Zgłębników z maściami używa się w poliklinice Blaschki głównie w razie tkliwości całej tylnej części cewki i oczywiście utrzymywaniu się wydzieliny. Do pomazywania zgłębników używa się zwykle 6 do 10% maści z azotanu srebrowego sporządzonej podług przepisu:

Rp. *Argenti nitrici*
Vaselini flavi
āā 3·00
Lanolini 44·00
M. f. ungtum.
S. Zewnętrznie.

Do leczenia w ten sposób używa Blaschko zwykłych, elastycznych, jasnych (blond) stoczków (*bougies*) z końcem oliwkowatym średnicy takiej, by właśnie mogły dobrze przechodzić przez cewkę. Stoczki te pomazuje maścią na 6 do 10 cm. od guziczka (co najlepiej zrobić w szerokiej rurce odczynnikowej, do której dano maść, przez włożenie do niej stoczka) a następnie zanurza w płynnej parafinie. W ten sposób parafina powleka maść, sprawia, że zgłębnik łatwo wchodzi do cewki i że maść nie łatwo ściera się ze stoczka. Stoczek tak przysposobiony wprowadza się do cewki po rozwarciu, ile możności, ujścia jej zewnętrznego i zostawia w niej przez 4 do 10 minut. Że tym sposobem maść lecząca dostaje się do tylnych części cewki, niema żadnej wątpliwości. Procedura ta odbywa się zwykle tylko dwa razy na tydzień, by cewki nie drażnić zbytecznie. Gdyby okazało się, że cewka zadrażniona, należy używać stoczka jeszcze rzadziej.

Z tym sposobem leczenia należy zaraz spauzować, gdyby się pokazało, iż zadrażnia pęcherz moczowy, czemu w niektórych przypadkach zapobiega podawanie olejku santałowego po gramie dziennie.

Jeżeli jest zwężenie cewki, wtedy radzi Blaschko wprowadzać stoczek, jaki właśnie wchodzi, trzymać go w cewce przez 2 do 5 minut, wyjąć i włożyć zaraz następujący numer grubszy; w ten sposób używa się za jednem posiedzeniem kilku stoczków. Blaschko używa zawsze tylko stoczków elastycznych a jeżeli poza zwężeniem są ziarniny, używa równocześnie maści na zgłębnikach. Oczywiście, że takie leczenie wystarcza tylko w przypadkach prostych, niepowikłanych, które stanowią jednak bardzo przeważającą większość.

Co do trwania leczenia, to wobec nadzwyczajnej uporczywości choroby sądzi Blaschko, że można zaprzestać leczenia, jeżeli z moczu znikną nitki większe i jeżeli kilkakrotne badanie mikroskopowe nie wykaże w mniejszych i rzadszych nitkach i strzępkach w moczu żadnych gonokoków. (*Ther. Mtshefte. Kwiecień. 1893*). *D.*

Caminer (Elbenfeld): **Działanie salofenu.**

Salofen wyrabiany przez fabrykę F. Bayera w Elberfeldzie, jest białym proszkiem bez smaku i woni, w wodzie nierozpuszczalnym, z łatwością zaś rozpuszcza się w alkoholu i eterze. Proszek ten, według Sybla, w kwasie żołądkowym nie rozpuszcza się, przechodzi zatem żołądek niezmieniony i dopiero w alkalicznej treści kiszek rozpada się na dwie swe główne części składowe, t. j. na kw. salicylowy i acetylfenol. Własność ta jest bardzo ważną, albowiem salofen nawet w dużych dawkach nie działa na żołądek. Środek ten badali już Guttmann, Fröhlich i Flint a zachwalają go przeważnie w ostrym gośćcu stawowym, gdzie rozwija działanie nie tylko kw. salicylowego, ale także fenacetyny. Lekarze ci podawali salofen w dawkach gramowych co godzinę, bez żadnych nieprzyjemnych objawów ubocznych. Tych samych dawek używał C. w swych doświadczeniach, które potwierdziły wyniki Guttmanna. Znakomite działanie, najlepsze z dotychczas znanych leków, rozwijał salofen w bólach głowy. Pięć dawek gramowych, co dwie godziny użytych, usuwało ból głowy zawsze. W newralgiach salofen był bezskutecznym. (*Th. Mhfte. October. 1892*). *Dr. Mendelsburg.*

Bakteryologia.

R. Pfeiffer: **Etyologia influency.**

Influencę uznano już od dawna za chorobę zaraźliwą, przyrzutu jednak dotychczas nie wykryto. Epidemia panująca w listopadzie 1891., rozszerzająca się znacznie w Niemczech, podała sposobność do badania tej choroby w zakładzie dla chorób zakaźnych w Berlinie. W plwocinach jest przyrzut influency w postaci małego nieruchomego lasecznika (*bacillus influentiae*), zajmującego w ogromnej ilości substancyę śluzowatą i pierwoszcze (*protoplasma*) komórek ropnych. Już gołem okiem widzieć można w plwocinach chorych cechujące zmiany. Plwociny są barwy żółto-zielonkowatej, nader ciągłe, lepkie i odchodzą zwykle w dużych kłębach kształtu monety. Nozdrza są przeważnie nasamprzód zajęte. Gdy influenca poczyna zajmować oskrzela lub dostanie się wreszcie do miąższu płuc (zapalenie płuc infl.), wtedy wydzielają również oskrzela dolne znaczną ilość plwocin, w których także wykazać można lasecznik właściwy. Kichanie i kaszel mocny chorych a wdechanie lasecznika przez osoby zdrowe sprowadzają zakażenie. Plwociny w wilgoci utrzymują przyrzut najdłużej do 14 dni. Z tej przyczyny przyjąć należy jako rzecz słuszną zarażenie się influencą przez przysyłki pocztowe i suknie. Lasecznik influency nie znosi tak dobrze gorącego powietrza jak laseczniki choleryczne. Nie utrzymuje się stale a dostawszy się do ziemi lub wody ginie w krótkim czasie.

Rozróżniamy, jak wiadomo, influencę nieżytową, żołądkową i nerwową. We wszystkich przypadkach tak lżejszych jakoteż cięższych nieżyt nosa odgrywa pierwszorzędną rolę, dostarczając ogromnej ilości laseczników, których w zwykłym nieżycie wykazać nie można. W okresie wyzdrowienia wyradzają się laseczniki w komórkach ropnych. Wyzdrowieńcy przychodzą, jak wiadomo, powoli do zdrowia. Nawet w kilka tygodni po wyzdrowieniu wykazać można w plwocinach bardzo wielką ilość właściwych laseczników. U osób cierpiących na gruźlicę płuc znajdujemy laseczniki jedne obok drugich. Influenca przyspiesza znacznie przebieg groźny gruźlicy. W krwi nie znaleziono lasecznika influency. Zaszczepianie influency udało się tylko u małp. Po kilku wstrzykiwaniach małpy nie oddziaływały. Zdaje się, że człowiek raz tylko przebywa influencę. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskr. Bd. XIII. Heft 3. 1893*).

Dr. K. Reiss w Dukli.

Medycyna sądowa.

Strassmann: **Przyczynek do nauki o otruciach arszenikiem.**

Zadanie lekarza sądowego w przypadkach otruć jest czynne, chemika zaś bierne. Lekarz bowiem nie tylko robi sekcyę, wydaje orzeczenie, oparte na wyniku rozbioru chemicznego, ale wybiera również treść odpowiednią do

badania chemicznego. Różne bowiem trucizny osadzają się w różnych organach, i tak wiadomo n. p. z prac, dokonanych w pracowni Schmiedeberga, że fosfor najdłużej da się wykazać w treści odbytnicy, morfina w wątrobie i t. d.

Opierając się na codziennie przy sekcyach, zwłaszcza w letniej porze, spostrzeganem zjawisku imbibicyi barwika żółci lub krwi, przypuścić należy, że i płyny trujące przenikają z miejsca pierwotnego w okoliczne tkanki. Przypuszczenie to potwierdził przypadek otrucia kwasem karbolowym sekcyonowany przez autora. W dalszym ciągu postanowił S. przekonać się za pomocą doświadczenia, czy także trucizny nieżrące wnikają w okoliczne tkanki z ogniska pierwotnego. Już Torsellini wykonał podobne doświadczenia, wprowadzając do żołądka zwłok różne trucizny, przyczem doszedł do przekonania, iż nawet trucizny nieżrące przenikają ściany żołądka i przechodzą stósownie do czasu do coraz odleglejszych narządów tak, iż przy sekcyi można było pomylić się i sądzić, że truciznę podano za życia. Podobne przypadki, w których można było pomylić się tak fatalnie, ogłosili Reese i Prescot.

S. przedsięwziął doświadczenia nad przenikaniem arszeniku przez ściany żołądka. Dorieu i Walther podali dwa przypadki, w których znawcy orzekli, iż arszenik został podany po śmierci i dopiero po śmierci przenikał zwolna okoliczne narządy. Walther przedsięwziął w celu wyjaśnienia tego zjawiska doświadczenia na psach i przekonał się, że arszenik przenika okoliczne narządy, jeźli zwłoki ulegają gniciu. Torsellini zanurzał żaby w rozczynie żelazosinku potasu i zdołał wykazać go po kilku dniach wszędzie w ciele żaby. Również wprowadzał on do żołądka psów zabitych arszenik, który po upływie 6—7 dni mógł był wykazać nawet w mózgu, wcześniej już w wątrobie a najwcześniej w płucach i sercu. Wedle Torselliniego przenika arszenik przez tkanki zwłok o wiele prędzej, niż to dawni autorzy sądzili. S. wprowadzał fiolet goryczkowy, żelazosinek potasu i arszenik do żołądka zwłok dzieci i psów zgłębnikiem i przekonał się, że z żołądka odbywa się przenikanie czyli dyfuzya, zwolna, lecz stale a mianowicie w ten sposób, iż, aby trucizna mogła wniknąć do tkanki mózgowej, musi wpierw przeniknąć przeponę i narządy klatki piersiowej i szyi. Szybkość przenikania pozostawała w prostym stósunku do ilości wprowadzonej trucizny, do stopnia zgęszczenia podanego jej roztworu i do wypełnienia żołądka. Wreszcie zależała szybkość przenikania od samej trucizny; i tak n. p. żelazosinek potasu przenika tkanki bardzo prędko, bo już drugiego dnia po wprowadzeniu go do żołądka, fiolet goryczki bardzo wolno, bo zaledwie w 2—3 tygodni zabarwia okoliczne narządy. Dyfuzya arszeniku odbywa się również stale a co do szybkości, to zajmuje arszenik miejsce pośrednie między fioletem a żelazosinkiem potasu. Po upływie dwóch tygodni od wprowadzenia arszeniku do żołądka zwłok, można go już wykazać w sąsiedztwie żołądka.

Celem rozstrzygnięcia wątpliwości, czy arszenik podano za życia, czy po śmierci, zaleca autor badać nerki chemicznie, każdą z osobna. Obecność większej ilości arszeniku w lewej nerce obok braku lub zaledwie śladów arszeniku w prawej dowodzi, iż truciznę podano po śmierci, obecność większych i prawie równych ilości arszeniku w obu nerkach dowodzi w pierwszych dwóch tygodniach od chwili śmierci badanego, iż truciznę podano za życia. Jeźli nerki, czy to z powodu zmian patologicznych, czy też z powodu obfitej wyściółki tłuszczowej, nie zawierają arszeniku, należy zbadać po oddaleniu żółci prawy i lewy płat wątroby, każdy z osobna. I tutaj tak samo równa ilość arszeniku dowodzi w pierwszych dwóch tygodniach od chwili śmierci, iż arszenik podano za życia, obecność większej ilości w lewym płacie przy śladach zaledwie w prawym przekonywa, iż trucizna wniknęła w te narządy po śmierci człowieka. W mózgu można arszenik wykazać dopiero w 4 tygodnie po wprowadzeniu go do żołądka zwłok; obecność zatem arszeniku w tkance mózgowej zwłok świeżych dowodzi, iż truciznę wprowadzono do ustroju za życia. (*Preussischer Medicinalbeamtenverein. Ein Vortrag. 1893*).

(O prawdziwości zjawiska pośmiertnego przenikania trucizn z żołądka w okoliczne narządy przekonałem się naocznie w jednym przypadku otrucia zgęszczonym rozczynem siarkanu miedziowego, jaki w początkach maja b. r. do sekcyi policyjno-sanitarnej przysłano. Lewy płat wątroby, trzustka i powierzchnia śledziony, stykająca się z żołądkiem, były szaro-niebiesko zabarwione. Sekcyę wykonałem trzeciego dnia po śmierci. W ubiegłym zaś tygodniu mogłem również przekonać się o tem zjawisku w przypadku otrucia kwasem karbolowym, przysłanym do sekcyi policyjno sanitarnej zakładowi medycyny sądowej prof. Hofmana w Wiedniu. *Przyp. referenta.*) *Dr. Wachholz.*

Notatki terapeutyczne.

Dygitoksyna w chorobach serca.

Masius podczas dyskusyi nad naparstnicą, odbytej niedawno w akademii lekarskiej brukselskiej, sławił bardzo na podstawie własnego doświadczenia użycie terapeutyczne dygitoksyny. W ilości dziennej od jednego do półtora miligrama podzielonej na dawki $^1/_2$ miligramowe działa dygitoksyna bardzo rychło jak naparstnica bez jej nieprzyjemnych skutków przedewszystkiem na przewód pokarmowy.

Van Aubel używał do doświadczeń na psach dygitoksyny w postaci wstrzykiwań podskórnych i przekonał się, że miligram nie wywołuje ani zapalenia ani nawet zadrażnienia. Proponuje przeto, by w przypadkach ciężkich, wymagających rychłej pomocy, używać u człowieka wstrzykiwań podskórnych sporządzonych podług następującego przepisu:

73) Rp. *Digitoxini* 0·02
Chloroformii 2·00
Spir. vini 94° centigrad. 26·50
Aquae destil. 48·00

na 80 wstrzykiwań podskórnych.

Z tego płynu możnaby wstrzykiwać dziennie po 3 strzykawki gramowe co trzy godziny czyli razem po $^3/_4$ miligrama na dzień.

Dygitoksyna jest ciałem czystem, krystalicznem, łatwem do otrzymania i najskuteczniejszem ze składników naparstnicy. Cena jego jest tak niska, że chory spotrzebuje jej zaledwie za trzy centymy dziennie. Wraz z dygitoniną stanowi dygitoksyna największą część składników skutecznych dygitaliny handlowej.

Na podstawie tego wszystkiego spodziewa się Van Aubel, że dygitoksyna wejdzie w użycie we wszystkich przypadkach nagłych, mianowicie zapadu, gdzie teraz używa się będźwinianu sodowo-kofeinowego lub innych środków podniecających. (*La médecine moderne. 7. Juin. 1893*).

Giovanni: Wyroczyn (*physostigma*) w krwotokach nerkowych.

Bobu kalabarskiego używał autor z bardzo dobrym skutkiem w krwotokach nerkowych łącząc go z ergotyną w sposób następujący:

74) Rp. *Exti physostigmatis* 0·40
Ergotini 2·00
Exti gentianae q. s.
M. exacte.
F. l. a. pill. viginti.

Tych pigułek daje się dziennie po jednej do dwóch, powiększając ich liczbę o jednę co 24 godzin, dopóki albo nie otrzyma się pożądanego skutku albo nie dojdzie do granicy znoszenia tego środka.

Pigułki te są także bardzo skuteczne w leczeniu bólu głowy połowiczego, zawrotów i nawałów krwi do mózgu będących skutkiem miażdżycy tętnic. (*Riforma med. 1893*).

Na wyłysienie zaleca Busquet płyn:

75) Rp. *Olei cinnamomi* 10·00
Aetheris sulfurici 30·00
DS. Raz dziennie pomazywać.

Włosy należy obciąć krótko i nie myć głowy. Leczenie trwa zwykle 3 do 4 tygodni. (*Annales de Derm. et Syph.*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 3. maja 1893 r.

Prezes kol. Trzebicky. — Członków obecnych 42.

I) Kol. Wiceprezes poświęca słowa pamięci przedwcześnie zgasłego kol. ś. p. Wojtaszka i wzywa członków do uczczenia go przez powstanie. (Zgromadzeni powstają).

II) Kol. Sroczyński przedstawia chorego z wrzodem spojówki powieki dolnej oka lewego; obok wrzodu są objawy zapalne. Chory miał mieć przed sześciu laty wrzód na prąciu, po którym pozostała blizna; innych jednak objawów kiły nie było. Prelegent zastanawiając się nad przyrodą wrzodu tego wyklucza gruźlicę, ponieważ nie można wykazać ani gruzełków w otoczeniu wrzodu ani prątków w wydzielinie; również wyklucza prelegent sprawę nowotworową, mianowicie rakową, już z samego obrazu klinicznego. Z tego wychodząc, skłania się prelegent do rozpoznania na razie przyrody kiłowej, tem bardziej, że można wykazać powiększenie gruczołów limfatycznych w kącie żuchwy; pozostawia jednak dalszej obserwacyi rozstrzygnięcie, czy wrzód ten powstał przez rozpad kilaka, czy też stanowi wrzód pierwotny.

Kol. Czapliński sądzi, że jedno badanie nalotu pod względem obecności prątków nie rozstrzyga, wiedząc, na jakie napotyka się trudności w takich badaniach.

Kol. Zarewicz, roztrząsając podniesione możliwości wyklucza: *a*) wrzód twardy pierwotny, przeciw któremu, pomijając już samo wejrzenie wrzodu, przemawia brak cechującej go podstawy, również brak charakterystycznego obrzmienia gruczołów limfatycznych, któreby powinno wystąpić, skoro wrzód trwać ma od 6 tygodni, a których w danym przypadku nie widzi; wreszcie przechodząc kolejno te przypadki, w których może nie być obrzmienia gruczołów przy wrzodzie pierwotnym, zwraca uwagę, iż u chorego przedstawionego niema tego rodzaju okoliczności, któreby nas zniewalały do przyjęcia wyjątkowego braku zajęcia gruczołów limfatycznych. Skoro więc w danym przypadku brakuje wszystkich przypadów, które służą do rozpoznania wrzodu syfilitycznego pierwotnego, zatem kol. Zarewicz oświadcza się przeciw rozpoznaniu kol. prelegenta; *b*) przeciw kilakowi również przemawia brak nacieku, który następnie rozpadając się daje powód do charakterystycznego wrzodu do około naciekiem otoczonego. Przeciw następowej zmianie kiłowej przemawia także poniekąd brak zmian kiłowych w innych narządach; *c*) brak nacieku przemawia także przeciw sprawie nowotworowej; *d*) co się tyczy liszaja żrącego (*lupus*), to nie przemawia za nim ani wejrzenie ani okolica wrzodu. Natomiast wobec nieznacznego nacieku, powierzchni owrzodzenia drobnoziarnistej, szarych punktów i nastrzykania całej spojówki, wobec lichego odżywienia pacyenta, przychyla się kol. Zarewicz do rozpoznania wrzodu gruźliczego, przyczem zapytuje się, jak się rzecz ma z dziedzicznością pod względem gruźlicy, poszukiwaniem prątków, które są czynnikiem nader ważnym w takiem rozpoznaniu, i ze stanem płuc chorego.

Co się tyczy leczenia, to radziłby kol. Zarewicz przyżegać wrzód ten zapomocą przyrządu Paquelina.

Kol. Browicz popiera zapatrywanie się kol. Zarewicza i dodaje, że znajduje się w ciałku łzowem żółtawy punkcik prowadzący do blizkiego owrzodzenia.

Kol. Borzęcki zwraca uwagę, iż niekiedy zdarzają się przypadki, w których niema wyraźnych nacieków i wybitnych obrzmień gruczołów a przecież mamy do czynienia z wrzodem twardym.

Kol. Tyszkiewicz podaje, że zna rodzinę chorego i stwierdził u dwóch jej członków już przed trzema laty gruźlicę.

Kol. Zarewicz odpowiada kol. Borzęckiemu, że ogólnie przyjętą jest zasada, iż gruczoły muszą być powiększone przy wrzodzie stwardniałym i to wybitnie; w jakich zaś przypadkach gruczoły nie są zajęte, na to już wskazał w pierwszem przemówieniu; w danym zaś przypadku nie może uznać powiększenia gruczołu u kąta żuchwy a tem mniej uważać go za objaw charakterystyczny.

Kol. prelegent w odpowiedzi kol. Zarewiczowi zaznacza, że gruczoły limfatyczne podszczękowe i przyuszne są wyraźnie powiększone, o czem i inni obecni mogli się przekonać. Gruźlicy bez objawów rozpoznawać nie można a już najmniej kierować się pod tym względem wywiadami co do gruźlicy w rodzinie pacyenta. Nawet gdyby i sam chory okazywał objawy gruźlicy płuc, czego w obecnym przypadku niema, nie rozstrzygałoby to bynajmniej o naturze wrzodu na spojówce.

Idąc zaś za wskazówką kol. Browicza podda prelegent jeszcze raz skrawek z dna wrzodu badaniu mikroskopowemu, część zaś wszczepi do przedniej komory oka królikowi. O rezultacie doniesie na jednem z następnych posiedzeń; chorego zaś dla tego jedynie obecnie przedstawił przed wycięciem skrawka z dna wrzodu, aby nie zmieniać kształtu i wejrzenia wrzodu przed demonstracyą.

Kol. Gluziński sądzi, że wrzód w danym przypadku w istocie najwięcej każe podejrzywać tło gruźlicze, ale nadto dodaje, że w nauce lekarskiej pewników niema i że nie w każdym przypadku można na pewno wrzód twardy rozpoznawać.

Kol. Borzęcki sprzeciwia się temu, aby obrzęki gruczołów zawsze za przyrodą kiłową owrzodzenia przemawiały i stanowiły niejako drogowskaz do rozpoznania.

Kol. Zarewicz twierdzi, że, jeżeli wogóle jest w danym przypadku gruczoł powiększony, to nie ma tej cechy, jaką się odznaczają gruczoły towarzyszące wrzodowi stwardniałemu. Zresztą i inne objawy przemawiają przeciw przyrodzie kiłowej wrzodu. Natomiast dziedziczność przez kol. Tyszkiewicza przywiedzioną uważa za bardzo ważny czynnik do przyjęcia natury gruźliczej wobec braku cech odpowiednich do inszego rozpoznania. Co do kol. Gluzińskiego sądzi, że tak samo, jak w innych działach medycyny praktycznej często nie można na razie na pewne choroby rozpoznać, tak samo mogą złożyć się przypady i przy wrzodach kiłowych a wtenczas pozostawia się rozpoznanie w zawieszeniu. Tego rodzaju jednak okoliczności co do wrzodu kiłowego w danym przypadku niema; przy wykluczeniu zatem, co najmniej, wrzodu pierwotnego obstawać musi, zwłaszcza, że wrzód ten trwa już sześć tygodni

III) Kol. Trzebicky przedstawia chorego z licznemi naroślami kostnemi na obu dolnych kończynach, na przedramieniu lewem i na czaszce oraz na wszystkich innych kościach długich.

IV) Kol. Browicz przedstawia preparaty: 1) serce z dziecka 14 miesięcznego z wadą zastawkową wrodzoną, utworową, mianowicie z brakiem w niektórych płatkach zastawki 2-kończystej mięśni brodawkowych. Nitki ścięgniste przyrastają tutaj wprost do ściany. 2) drugi preparat tyczy się przedziurawienia pętli jelita czczego w dwu odpowiednich miejscach wskutek uderzenia kopytem końskiem w brzuch mężczyzny. Śmierć nastąpiła tutaj w 30 godzin a śladów zewnętrznych nie było żadnych.

W dyskusyi kol. Obaliński zwraca uwagę na nadzwyczajną ważność takich przypadków, bo nieraz z początku nie ma albo wcale żadnych objawów groźnych albo nieznaczne a przecież mogą nagle wystąpić objawy mocnego zapadu; wtedy operacya staje się już zapóźną. Wychodząc więc z tego, pyta się kol. Obaliński, czy niema w tych razach jakich objawów pewnych a stałych, któreby nam wskazywały konieczność wykonania operacyi, jakto n. p. w postrzale jednym z takich objawów jest sztywność mięśni brzucha.

Kol. Wachholz opowiada o podobnym przypadku, gdzie chory po uderzeniu szufelką umarł w kilka godzin.

Kol. Kryński sądzi, że do laparotomii powinno się w tych razach wcześnie przystępować, bo już sam zapad wskazuje albo na pęknięcie naczynia albo na przedziurawienie jelita.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Dla dogodności naszych abonentów w Ameryce otwieramy nową ajencyą Przeglądu lekarskiego, którą obejmuje znany dom komisowo - handlowy *Dra Bronisława Grabowicza w Nowym Jorku 137 Clinton and 180 Broome Streets.*

— Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krak. odbytem dnia 22. b. m. przyjęto wniosek prezesa kol. Łazarskiego w sprawie utworzenia komitetu przedwyborczego dla wyboru do izby lekarskiej krakowskiej w dniu 30. czerwca r. b. odbyć się mającego i powołano do niego prócz członków komitetu Towarzystwa koll. Łazarskiego, Trzebickiego, Kwaśnickiego, Zarewicza, Olszewskiego, Cybulskiego, Korczyńskiego (starszego), Marsa i Domańskiego jeszcze koll. Blatteisa (młodszego), Gabryszewskiego, Jakubowskiego, Kohna, Obalińskiego, Paszkowskiego, Pieniążka, Poniklę, Rosenzweiga, Rosnera Aleksandra, Rydla, Sroczyńskiego, Tyszkiewicza, Wilkosza, Wiszniewskiego i Żuławskiego; przyjęto następnie wniosek kol. Korczyńskiego (starszego), aby na posiedzeniu nadzwyczajnem z udziałem kolegów do grona Towarzystwa nie należących odbyć głosowanie na próbę, poczem kol. Zoll okazał przyrząd zapowiedziany.

— *Od Komitetu polskiego XI. międzynarodowego zjazdu lek. w Rzymie.*

W dalszym ciągu zapowiedzieli prace na zjazd międzynarodowy w Rzymie koledzy:

Dr. Władysław Stankiewicz, do sekcyi chirurgicznej: 1) Rzadki przypadek mięsaka pęcherza moczowego; 2) O zabliźnianiu się ran pęcherza moczowego wywołanych bronią palną.

Dr. Sędziak Jan, do sekcyi laryngologicznej: Przyczynek do etyologii t. zw. *tonsillitis follicularis.*

Komitet krakowski niniejszem ma zaszczyt podać jeszcze raz do wiadomości Szan. Kolegów, że pomimo pewnych propozycyj, które się zjawiały w dziennikach politycznych i specyalnych, ażeby termin kongresu międzynarodowego odroczyć do wiosny, prezydyum Komitetu organizującego uchwaliło, że otwarcie kongresu nieodwołalnie nastąpi w d. 24. września r. b.

Przewodniczący: *N. Cybulski.*

— Dr. Kazimierz Smorągiewicz, lekarz pomocniczy w szpitalu św. Łazarza, opuszcza Kraków udając się do Zakopanego, gdzie obejmuje obowiązki lekarza stacyi klimatycznej. Odjeżdżającego pożegnali uroczyście w dniu 16. b. m. koledzy szpitalni, tak lekarze ordynujący jak i pomocniczy, zebraniem koleżeńskiem, na którem przyjacielski nastrój i serdeczność były dowodem i sympatyi, jaką sobie zjednał kol. Smorągiewicz, i ducha koleżeństwa i wzajemnego szacunku ożywiających poważne grono lekarzy szpitala św. Łazarza.

— Egzamin na lekarzy powiatowych zdali w połowie maja r. b. w Krakowie Dr. Natan Feliks Gliksman lekarz z Budzanowa, Dr. Wiktor Idziński, lekarz pułkowy z Krakowa (celująco), Dr. Stanisław Karpiński, asystent katedry anatomii opisowej w Uniw. Jagiell. (celująco), Dr. Tadeusz Teodorowicz, lekarz pomocniczy szpitalny ze Lwowa (celująco) i Dr. Grzegorz Turzański, lekarz miejski z Jarosławia.

— Temi dniami odsłonięto w Warszawie w kościele św. Aleksandra postawiony staraniem i nakładem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego ozdobny pomnik ścienny, poświęcony pamięci nieodżałowanego Dra Wiktora Feliksa Szokalskiego. Pomnik w górnej części mieści na tle wyzłacanem popiersie zmarłego naturalnej wielkości wykute z marmuru kanaryjskiego, pod którem na tle ciemnej, kamiennej tablicy mieści się napis świadczący, iż pomnik ten zmarłemu położyło Towarzystwo lekarskie warszawskie.

— **Cholera**. Według ostatnich wiadomości cholera szerzy się powoli na południu Francyi; co dzień donoszą o kilku przypadkach w Cette, Montpellier a najświeższa depesza mówi, iż w Lugdunie zmarł wśród objawów cholerycznych podróżny jadący z południowej Francyi.

— Z ogłoszonego właśnie zdania sprawy krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego z czynności w roku 1892 dowiadujemy się, iż toż Towarzystwo udzieliło w roku wymienionym pomocy swej 1352 razy, mianowicie za dnia 884 a w nocy 468 razy i to w następujących przypadkach: w nagłych zasłabnieniach 686, w uszkodzeniach cielesnych 595, w samobójstwach 31, obłąkaniu 40, do przeniesienia 550. Przypadki te tyczyły się 730 mężczyzn, 540 kobiet i 96 dzieci. Lekarze Towarzystwa nieśli pomoc 105, stanowisko pierwszej pomocy przy znaczniejszych pożarach urządzono 47 razy. Średnio na dobę niosło Towarzystwo pomoc 3·7 razy; najrzadziej z tego w lutym 1·9, najczęściej w sierpniu 6·4 razy.

Z tego przekonać się można, jakie Towarzystwo wymienione oddaje usługi miastu, a ubolewać tylko trzeba nad obojętnością dla jego funduszów ogółu, który korzystając na tak wielką skalę ze zbawiennego i praktycznego działania Towarzystwa nie poczuwa się do obowiązku popierania go materyalnie i gdyby nie pomoc od gminy i kilku instytucyj jak Towarzystwa ubezpieczeń i krakowskiej Kasy oszczędności, nie możnaby nawet myśleć o dalszem istnieniu Towarzystwa.

Z lekarzy brali udział w Zarządzie: Prof. Dr. Alfred Obaliński jako przewodniczący, Doc. Dr. Aleksander Bossowski jako zastępca przewodniczącego, Dr. Jan Buszek jako podskarbi, Prof. Dr. Stanisław Domański i Dr. Aleksander Wilkosz, jako członkowie Komitetu.

— **Nekrologia**. Zmarli: dnia 23. maja r. b. w Cylei w Styryi Dr. Paltauf, profesor medycyny sądowej w niemieckim uniwersytecie w Pradze w 32. roku życia; w Paryżu w dniu 9. Czerwca w 69 r. ż. Dr. Peter, Profesor patologii wewnętrznej, autor kilku cennych prac dawniej już wydanych z zakresu chorób wewnętrznych, znany przeciwnik odkryć Pasteura i Kocha, który pozostał odosobniony ze swemi poglądami w tej mierze równie jak nie mógł znaleźć zwolenników dla swej teoryi o cholerze wybuchłej w roku zeszłym w Paryżu. W Jaśle w dniu 3. Czerwca r. b. Dr. Józef Prusak, b. starszy lekarz wojskowy, w 29. roku życia.

— *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie* podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/4 zawakuje sześć stypendyów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. Dra Walentego Koczorowskiego, dla młodzieży poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkali, c) Strojeccy, synowie po Adolfie Strojeckim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendya nadane byc mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendya, winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7) najpóźniej do dnia 15. września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych w egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, prócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, Dr. *Brodowski.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 29.919. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie opróżnioną jest posada Dyrektora szpitala; celem jej obsadzenia rozpisuje Wydział krajowy niniejszem konkurs:

Dyrektor pobierać będzie płacę o rocznych tysiąc sześćset (1600) zł. w. a. (3200 koron), będzie miał prawo do trzech dodatków pięcioletnich po trzysta (300) zł. w. a (600 koron) i obowiązek mieszkania w szpitalu, jeżeli w tym celu da się w przyszłości uzyskać odpowiednie umieszczenie; obecnie zaś pobierać będzie Dyrektor rocznie sześćset (600) złr. w. a. (1200 koron) tytułem relutum na opał i mieszkanie, które powinno znajdować się w pobliżu szpitala.

Posada ta jest stałą i daje prawo do emerytury.

Podania o nadanie tej posady mają być wnoszone do Wydziału krajowego **najdalej do 15. sierpnia b. r.**

Do podania załączyć należy metrykę chrztu, względnie urodzenia, krótki życiorys, dyplom doktora medycyny i chirurgii, uzyskany na jednym z Uniwersytetów Monarchii austryackiej, oraz świadectwo, stwierdzające uzdolnienie kandydata i dotychczasową działalność w służbie szpitalnej; warunkiem otrzymania tej posady jest także znajomość języka krajowego.

Z Rady Wydziału krajowego
Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem księstwem Krakowskiem.

We Lwowie, dnia 13. czerwca 1893.

111—3—1 *Grott.*

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA“

MARYANA ZAHRADNIKA

W ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane

przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk:

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20. **1 złr. 60 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 60 ct.**
„ **0·10.** „ „ „ 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05. „ Morrhuol 0·20 **2 złr. 60 ct.**
„ 0·05. **Natr. arsenicos. 0·001 1 złr. 80 ct.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 60 ct.**
„ **0·10** „ „ 0·20 **1 złr. 50 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 40 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **2 złr.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea“** lub **firmy „Zahradnik“** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

105—x—1 *Maryan Zahradnik.*

Najłatwiej asymiluje żołądek ze wszystkich podobnych wód arsenikowo-żelazistych

Naturalna mineralna

Woda Gubera

zawierająca żelazo i arsen

ze **Srebrenicy** w Bośnii

Nadzwyczaj skuteczną okazała się woda Gubera w: 1. wszelkich chorobach, wynikających z nienormalnego składu krwi, jak anemija, chloroza. 2. w wycieńczeniu po przebyciu osłabiających chorób jak po zwykłej zimnicy lub po malaryi. 3. w chorobach kobiecych i następstwach tychże. 4. w chorobach skóry. 5. w chorobach nerwowych. 6. w pewnych odmianach tworzenia się nowotworów (Lymphoma).

Według analizy, którą przeprowadził c. k. z. a. profesor chemii medycznej, radca dworu Dr. Ernest Ludwig, zawiera owa mineralna woda na 10 000 części:

bezwodnika kwasu arseowego . 0·061
siarkanu żelazawego . . . . 3·734

Wyłączne prawo rozsełki posiadają firmy:

HENRYK MATTONI 3—10—4

FRANCENSBAD **WIEDEN** KARLSBAD.
Tuchlauben, Mattoni-Hof.
Maximilianstrasse 5. — Wildpretmarkt 5.

Mattoni & Wille, Budapeszt.

Sprzedaż we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Dra Knorra Antipyrin

Marka ochronna „Lew“.



(patentowany) wypróbowany i przez powagi zalecony środek przeciw chorobom gorączkowym, bólom głowy, newralgii, kokluszom, migrenie, reumat. (pląsawicy), obrzmieniom aorty, udarowi słoneczn. influenzie, grypie.
Używać tylko Antipyryny Dra Knorra „Lew“.

Tuberculocidin 100 prct. } Prof. Klebsa.
„ E. 100 prct. }
w ilości od 2, 5 i 10 ccm. w cenie M. 5·— za ccm.
Bliższe szczegóły o sposobie użycia zawiera broszura prof. Klebsa; na żądanie wysyłamy gratis.

Tuberculinum Kochii w flaszeczkach od 1 ccm. a M. 6.— we flaszeczkach po 5 ccm. a 25·— M.

Dermatol wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Bezwonny środek leczniczy na rany, w wielu przypadkach zastępujący jodoform.

Zewnętrznie. Dermatol jest to środek zmniejszający czynność wydzielniczą i wskutek tego działający jako środek wysuszający i przyspieszający gojenie rany. Nietrujący. Używa się w mieszaninach lub czysty.

jako przysypka: Dermatol. Amylum aa.	jako proszek do nóg Rp. Dermat. 20·0 Talc. venet. 70·0 Amyl. 10·0
Maść 10—20%.	DS. Proszek do zasypywania
Dermat. Collodium-Emulsion 10%.	Gaza Dermatolowa: 10 i 20%.

Wewnętrznie. W chorobach żołądka i jelit. Według prof. Colasanti (Rzym) najlepszy i najpewniejszy Anthidiarrhoicum nowszych czasów. — 0.2—0·5 jako proszek do 2·0 dziennie.

Agathin (podany do opatentowania). Wynalazek Dr. J. Roos. Wielokrotnie zalecany środek przeciw newralgii. Niezrównany w ischias, ze skutkiem używany w ostrych chronicznych reumatyzmach i newralgiach rozmaitego rodzaju.

Alumnol Wynalazek Dra Heinza i Dra Liebrechta. Łatwo rozpuszczalny adstringo antisepticum, skuteczny na jątrzące rany, abcessy, w Endometritis gonorrhoica, zwykłym Fluor, w ostrych zewnętrznych jakoteż chronicznych zapaleniach skóry, w Otitis media. (Używa się w proszku, rozczynach, maści, plastrach i t. p.).

Jedyni fabrykanci 15—26—11

Farbwerke vorm. Meister Lucius und Brüning, Höchst am Main.

Zakład wodoleczniczy

w Szczawnicy

Dr. J. KOŁĄCZKOWSKI, kierownik lekarski zakładu, ordynuje tamże w b. r.

Wzorowo urządzonych 120 pokoi do najęcia, Restauracya, mleko, kefir i t. p.

Prospekta i wyselkę wody ze zdroju W a n d y i S z y m o n a i t. p. załatwia

68—12—8 **Zarząd na Miedziusiu.**

ZAKŁAD KROWIANKOWY

P. Kretowicza

rozseła po dokonanej sekcyi cielęcia wypróbowaną przez c. k. lekarza powiatowego Dra Obtułowicza **świeżą i pewną krowiankę.**

Cena fioli dla p. Lekarzy 50 ct., w większych ilościach stosunkowo taniej. 96—3—2

Adres: Lwów, Kochanowskiego 52 lub c. k. szkoła weterynaryi.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 1. Lipca 1893. Nr. 26.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Wstęp do nauki o chorobach umysłowych.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 5. maja 1893 r.

(Dok. Patrz Nr. 25.)

Pierwotne czyny człowieka były głównie odruchowe, t. j. bezpośrednio po zadziałaniu jakiegoś wrażenia zmysłowego występował odpowiedni ruch. Uczucie główną tu grało rolę i było też głównym bodźcem do czynu. Czyny takie nazywamy popędowymi.

I dziś jeszcze znajdujemy wielu ludzi o tak drażliwym układzie nerwowym, że działają pod wpływem chwilowego wrażenia, nie rozważając poprzednio całej doniosłości swych czynów.

Popędy mogą być szlachetne i nieszlachetne. Niejeden człowiek na widok nędzarza lub pozbawionego opieki, ciężko cierpiącego chorego uniósł się mimowolnie uczuciem litości i zapisał cały swój majątek albo przynajmniej znaczną część jego na cele dobroczynne, chociaż tego może później żałował. Częstsze nierównie są popędy nieszlachetne np. uniesienie się uczuciem gniewu lub zemsty do tego stopnia, że za błahą drobnostkę kaleczy ktoś lub nawet zabija najdroższe osoby, albo pod wpływem chwilowego, czasem nawet małoznaczącego niepowodzenia, targa się na własne życie.

Skłonność do popędów, zwana popędliwością, właściwa jest osobom w ogóle drażliwym a dalej osobom upośledzonym lub nierozwiniętym jeszcze dobrze umysłowo. Ztąd często się z nią spotykamy u młodzieńców, u dzieci i u ogłupiałych. W wieku dojrzałym popędy są rzadsze; w ich miejsce występuje zimna rozwaga. Natomiast widzimy ponownie popędliwość u starców, u których życie umysłowe chyli się ku upadkowi i staje się podobnem do dziecięcego.

Zwierzęta dzikie kierują się prawie wyłącznie popędami; zwierzęta domowe, wychowywane i kształcone odpowiednio, pozbywają się częściowo niektórych swych popędów; szczególnie widzimy to u psów dobrze tresowanych.

Niektóre popędy mają swe źródło w zadrażnieniu pewnych nerwów zmysłowych lub ogólnie czuciowych, powstałem skutkiem pewnych zmian w samym ustroju. Popędy takie mają bardzo wielkie znaczenie i często występują okresowo.

Jednym z najpotężniejszych popędów jest popęd płciowy. Pod jego wpływem dopuszczają się ludzie nieraz najrozmaitszych, niewłaściwych a często wprost zbrodniczych czynów, których później gorzko żałują, gdy, po zaspokojeniu swego chwilowego popędu, przychodzą do zimnej rozwagi. Pośrednio może często popęd płciowy dać powód także do różnych czynów szlachetnych.

Rozwagą nazywamy zastanawianie się nad doniosłością jakiejś sprawy. Wynikiem rozwagi jest sąd o danej rzeczy. Zastanawianie się nad różnego rodzaju sądami nazywamy rozsądzaniem a zdolność tę rozsądkiem. Rozwaga występuje tylko przy znaczniejszym zakresie wiadomości a gdy się tyczy myśli t. j. zdań i sądów więcej oderwanych, nazywamy ją także rozumowaniem, zdolność zaś samę rozumem. Rozumem w obszerniejszem znaczeniu nazywają niektórzy całą wiedzę człowieka, jeżeli jest obszerną i należycie uporządkowaną. Wyższy stopień rozumu nazywamy mądrością. Czyny wykonywane po głębszej i należytej rozwadze nazywamy też często czynami rozważnymi, względnie rozsądnymi a nawet rozumnymi. Nazwy te jednak nie są zupełnie ścisłe, bo często czyn jakiś, wykonany bez rozważania, może być rozsądnym a nawet rozumnym; inny zaś czyn, wykonany nawet po bardzo głębokiej i wszechstronnej rozwadze, może się komuś wydać nierozsądnym i nierozumnym, gdyż wyrazy rozsądny i nierozsądny, rozumny i nierozumny są wyrazami względnymi i nieraz jeden i ten sam czyn jedni uważają za

rozsądny i rozumny a inni za nierozsądny i nierozumny wedle swego sposobu myślenia. Stały sąd o pewnych rzeczach zowiemy przekonaniem, które również jest względne. Przekonanie niewzruszone nazywamy prawdą. Prawda jest zazwyczaj także względną, może być jednak i bezwzględną. Prawdę bezwzględną powinniśmy nazywać zasadą; zwykle jednak wyraz zasada ma to samo znaczenie, co przekonanie i może być także względną t. j. osobistą, lub bezwzględną t. j. ogólną. Zasady, któremi kierujemy się w działaniach różnych, nazywamy zazwyczaj prawidłami.

Wszystkie te wyrazy są pojęciami oderwanemi, chociaż właściwie wyrażają one zbiór czegoś rzeczywistego, t. j. zmysłami dostrzeżonego i nabytego a ujętego myślą w jedną całość ścisłą, t. j. dokładnie określoną. Do myślenia oderwanego trzeba stósunkowo wysokiego wykształcenia, t. j. obszernej treści nabytych wyobrażeń. W zaniku mózgu ta zdolność myślenia oderwanego najpierw bywa upośledzona, potem zmniejsza się treść nabytych wiadomości, t. j. wiedza a tem samem upada zdolność rozumowania, rozsądzania i rozważania; osoby więc nim dotknięte, ulegając głównie uczuciu, stają się popędliwemi. W miarę ubytku wiedzy upada także zdolność kojarzenia myśli i wyobrażeń; później staje się utrudnionem samo myślenie i to najpierw wyrazowe z tego powodu, że wypadają z pamięci nazwy różnych przedmiotów; mowa przeto staje się coraz bardziej ograniczoną, wreszcie zanikają najważniejsze i najlepiej ustalone wyobrażenia a wtedy zanika coraz bardziej myślenie obrazowe, co może potęgować się do tego stopnia, że nawet rozpoznawanie przedmiotów, dawniej bardzo dobrze znanych, staje się niemożliwem.

Dawniejsi filozofowie uważali tworzenie się myśli u człowieka jako czynność czysto duchową, nie mającą żadnej materyalnej podstawy. Dziś wątpię, czy dużo jeszcze znajdzie się zwolenników tego pojmowania rzeczy.

Cabanis w dziele swem: *Rapport du physique et du morale de l'homme*, uważa mózg za narząd tak samo, jak żołądek i wątrobę i twierdzi na tej podstawie, że mózg trawi w odpowiedni sposób wrażenia i wytwarza myśli jako właściwą sobie wydzielinę. Ustęp dotyczący dzieła jego brzmi dosłownie: *Nous concluons avec la même certitude, que le cerveau digère en quelque sort les impressions, qu'il fait organiquement la secretion de la pensée.*

Jakkolwiek nie wszyscy uczeni zgodzą się obecnie na takie porównanie, to jednak wszyscy przyznają, że podczas tworzenia się myśli, t. j. podczas czynności czysto duchowej odbywać się musi żywa przemiana materyi w istocie mózgowej, głównie w komórkach. Przemiana ta może być, jak we wszystkich objawach życiowych, częścią fizyczna, polegająca na różnego rodzaju ruchu drobinowym, podobnym do tego, jaki spostrzegamy przy tworzeniu się ciepła, światła, magnetyzmu i elektryczności, częścią zaś chemiczna, polegająca na częściowem lub zupełnem przeobrażeniu się drobin niektórych składników komórek mózgowych. To chemiczne przeobrażenie się może znowu polegać częścią na powiększaniu się prostych drobin, które stają się więcej złożone przez przyjęcie do składu swego pewnych ciał z otaczających soków odżywczych, lub też polegać może na rozkładzie złożonych drobin na proste. Pierwszy rodzaj zmian chemicznych zowiemy syntezą, drugi dyatezą albo dyalizą. Niezawodnie oba te rodzaje zmian chemicznych odbywają się równocześnie obok siebie w ten sposób, że podczas tworzenia się nowych, bardziej złożonych połączeń chemicznych, pewne składniki dawniejszych zostają zupełnie z połączenia wydzielone i jako takie lub też zmienione, przez połączenie się *in statu nascenti* z pewnemi ciałami otaczających soków odżywczych, dostają się następnie do tych ostatnich, aby jużto służyć do czynności innych komórek, jużto być zupełnie usuniętemi z organizmu, jako całkiem zbyteczne lub nawet szkodliwe.

Badanie chemiczne tak zwanych istot wyciągowych z nerwów i komórek nerwowych wykazuje obecność takich ciał rozkładowych, należących do wstecznej przemiany materyi. Ciałami temi są kwas mlekowy, moczowy, octowy, mrówkowy, kreatyna, ksantyna, hipoksantyna i t. p. Bardzo ważną rolę w czynności mózgowej stanowi kwas fosforowy i jego połączenia. Wood i Mendel wykazali, że w czasie snu zwiększa się wydzielanie fosforanów drogą moczu a przeciwnie zmniejsza się w czasie czynności umysłowej. Z tego wynika, że podczas czynności kory mózgowej kwas fosforowy, względnie fosforany, zostają w odpowiednich komórkach mózgowych zatrzymane, t. j. chemicznie z niemi połączone a więc następuje w tej czynności synteza chemiczna. Prawdopodobnie najważniejszą rolę w tym względzie gra lecytyna, która jest połączeniem kwasu dystearylglicerynofosforowego z neuryną. W połączeniu tem miejsce stearylu zajmować może także palmityl albo oleil.

Skład chemiczny lecytyny przedstawia wedle Diakonowa następujący wzór chemiczny:

$$C_2H_5\begin{cases}O.ST\\O.ST.\end{cases}$$

$$PO\begin{cases}O\\OH\\O.N\begin{cases}(CH_3)_3\\C_2H_4.OH\end{cases}\end{cases}$$

Stecker nie uważa lecytyny za połączenie kwasu dystearyl-(względnie palmityl- albo oleil)-fosforowego z neuryną w rodzaju soli, jak Diakonow twierdzi, ale uważa lecytynę za rodzaj eteru i podaje następujący wzór chemiczny tego ciała:

$$C_3H_5\begin{cases}O.ST\\O.ST\end{cases}$$

$$PO\begin{cases}O\\OH\\O.C_2H_4\\(CH_3)_3\end{cases}\!\!\left.\vphantom{\begin{matrix}O\\O\end{matrix}}\right\}N.OH$$

Neuryna ma wzór następujący ..... $N\begin{cases}C_2H_4\\(CH_3)_3\end{cases}$

Jeżeli w przyjmowaniu nowych wrażeń zmysłowych tworzą się nowe obrazy zmysłowe i zostają zapamiętane, umysł nasz staje się bogatszym w treść a to łączyć się musi z przyrostem chemicznym.

Temu pojmowaniu rzeczy możnaby zarzucić, że treść mózgu, ułożonego u osób dorosłych w stałej jamie o twardych, niepodatnych ścianach kostnych, nie może się powiększać a przecież mimo to może się powiększać zakres wiadomości tych osób, czyli, mówiąc innemi słowy, możnaby sądzić, że powiększenie się treści umysłowej u człowieka nie może polegać na syntezie chemicznej. Na to muszę odpowiedzieć, że powiększenie się wiadomości, t. j. treści duchowej u człowieka dorosłego polega w przeważnej części na nowem grupowaniu się t. j. kombinacyi dawnych zapamiętanych

wrażeń a jeżeli istotnie następuje tworzenie się a raczej zapamiętanie zupełnie nowych obrazów zmysłowych, dziać się to może, jak wszyscy wiemy, tylko kosztem utraty pamięciowej dawniejszych obrazów. Mimowolnie przychodzą mi tu na myśl słowa prof. Piotrowskiego, który porównywał mózg do beczki napełnionej wodą po same brzegi. Jeżeli się do takiej beczki wlewa świeżej wody, zatrzymać się ona może w beczce o tyle tylko, o ile dawniej nagromadzona woda brzegami wycieka. Wiemy przecież wszyscy, że, gdy się uczymy nowych rzeczy, zapominamy dawniejszych.

Jakkolwiek do dziś dnia jeszcze nie znamy dokładnie sposobu, w jaki myśli się tworzą, to jednak to jest rzeczą pewną, że tworzenie się ich polega wyłącznie na czynności fizycznej, względnie chemicznej komórek mózgowych. Stwierdza to codzienne doświadczenie, które wykazuje, że w miarę zmiany lub zaniku komórek kory mózgowej zmienia się, względnie zanika, także tworzenie się wyobrażeń i myśli a równocześnie z tem zmienia się, względnie ustaje wola człowieka, t. j. popęd do czynów, względnie czyny same.

Najlepiej to zobaczymy w opisie różnych rodzajów chorób umysłowych, co będzie przedmiotem jednego z przyszłych moich odczytów; obecnie zwrócić muszę uwagę Panów na tę okoliczność, że tworzenie się wyobrażeń, uczuć i myśli, jakoteż wola i wszelkie czynności umysłowe nie zawsze polegają wyłącznie na zmianach w mózgu.

Już Cabanis zauważył, że w niektórych cierpieniach narządów wewnętrznych a szczególnie w cierpieniach trzew dolnej części brzucha, jesteśmy w mniejszym lub większym stopniu skłonni do czucia lub do myślenia.

Choroby tych narządów wytwarzają, zmieniają, zaburzają a niekiedy wywracają zupełnie zwykły bieg uczuć i myśli. Niezwykłe jakieś i dziwaczne zachcianki zaczynają się wytwarzać; nieznane dotychczas wyobrażenia zajmują umysł i nowe skłonności owładają wolą; a co szczególniejsza, umysł w tym czasie może się niekiedy zdobyć na większą wzniosłość, wyższą siłę, twórczość i dzielność a dusza kieruje się uczuciem tkliwszem i szlachetniejszem. W ten sposób myśli wesołe lub smutne, uczucia tkliwe lub potworne zależą wprost od tego, w jaki sposób pewne trzewa brzuszne odczuwają wrażenia na nie działające.

Skoro stan trzew, dodaje Cabanis, zmieniać może w ten sposób całkowicie bieg uczuć i myśli, łatwo więc może on także być powodem różnych chorób umysłowych, które przecież nie są niczem innem, jak tylko objawem zboczenia i braku zgodności w zwykłych wrażeniach i czynnościach.

Często też spostrzedz można objawy chorób umysłowych, które mają swe źródło w zmianach czucia jakichkolwiek narządów wewnętrznych. Zmiany te mogą być jużto ostre t. j. przemijające, jużto przewłoczne t. j. długotrwałe. Choroby narządów płciowych np. są bardzo często źródłem chorób umysłowyah, które ustępują nieraz dopiero wtedy, gdy te narządy powrócą do prawidłowej czynności. (Cabanis *Histoire physiologique des sensations, 2-o memoires*).

Cabanis ma słuszność twierdząc, że uczucia, myśli, przedsięwzięcia i czyny człowieka zależą nie tylko od wrażeń otrzymywanych przez właściwe narządy zmysłowe, ale także od czynności różnych narządów wewnętrznych a niekiedy nawet wyłącznie od tych ostatnich. Ten wpływ różnych narządów wewnętrznych na życie umysłowe może być dwojaki; albo zmiany w narządach działając na nerwy w nich umieszczone wpływają za ich pośrednictwem na czynności mózgu i zmieniają je mniej lub więcej; albo też zmiany w narządach wewnętrznych zmieniają częściowo lub zupełnie czynność tych ostatnich i prowadzą przez to do dostawania się do obiegu krwi składników nieprawidłowych lub też nagromadzanie się takich składników w nadmiernej ilości, które przez prawidłową czynność danych narządów powinny być zniszczone, względnie wydalone z ustroju. Powstała w ten sposób nieprawidłowa mięszanina krwi wpływa we właściwy sobie sposób na pewne czynności mózgowe i sprawia odpowiednie objawy chorobowe. Stan taki możnaby nazwać zatruciem własnem ustroju (*autochthone Intoxication)* a przykłady tego rodzaju widzimy nieraz w chorobach nerek przez zatrucie składnikami moczu, w chorobach wątroby przez zatrucie kwasami żółciowemi, w cukrzycy przez nadmierną ilość cukru i t. p. W przeciwieństwie do zatrucia własnego ustroju widzimy często zmiany czynności umysłowych przez różne ciała obce dla ustroju, jak n. p. różne trucizny, względnie leki roślinne, zwierzęce lub mineralne, które z zewnątrz do ustroju się dostały. Zatrucia te możnaby nazwać obcemi.

Przykłady tego rodzaju zatrucia obcego są bardzo częste. Trucizny te mogą prowadzić do chorób umysłowych jużto bezpośrednio, przez działanie wprost na pewne komórki mózgowe, już też pośrednio przez działanie na pewne narządy wewnętrzne, które przez zmianę swej czynności sprawiają ze swej strony zboczenie w czynnościach umysłowych. Widzimy to najlepiej w różnych chorobach zakaźnych tak gorączkowych jak i niegorączkowych. Często w tym razie możnaby mówić o zatruciu mięszanem t. j. obcem i własnem zarazem.

Z tego wszystkiego, co przytoczyłem, widzimy, że źródła chorób umysłowych szukać należy nie tylko w samym mózgu, ale we wszystkich narządach ustroju. Ztąd też pochodzi, że w wielu chorobach umysłowych nie znajdujemy żadnych zmian chorobowych w mózgu a jeżeli się z czasem jakie wytworzą, to powstają one bardzo często dopiero następowo a nie pierwotnie. Dla tego też i choroby umysłowe dzielimy słusznie na pierwotne i następowe, chociaż nie zawsze źródło ich poznać zdołamy i nie zawsze ściśle rozróżnić zdołamy, czy w danym przypadku mamy do czynienia z chorobą pierwotną, czy następową umysłu. W każdym razie w badaniu i ocenianiu stanu umysłowego człowieka, musimy cały ustrój poddać najściślejszemu i wszechstronnemu badaniu i niepomijać żadnej, choćby na pozór małoznaczącej zmiany jakiegokolwiek narządu, bo doświadczenie uczy, że źródłem bardzo poważnych zmian w czynnościach umysłowych bywają nieraz nieznaczne tylko zmiany, bądź w nerwach, bądź w różnych narządach, tak zmysłowych jak i jakichkolwiek wewnętrznych i właśnie dla tego, iż nie zawsze psychiatrzy tej zasady się trzymają i nie badają dosyć ściśle i dokładnie całego ustroju, chorobą dotkniętego, nieznaną jest dla wielu chorób umysłowych ani istotna przyczyna, ani właściwa siedziba, ani też prawdziwe źródło chorobowe. Z tych też przyczyn nie mamy do dziś dnia ani ściśle naukowego podziału chorób umysłowych, ani nie posiadamy dokładnych wskazówek do należytego ich leczenia i oceniania, względnie rokowania. Opierać się więc musimy w podziale chorób umysłowych i ich leczeniu wyłącznie prawie na pewnych ogólnych tylko objawach chorobowych a dla rokowania nie mamy żadnej prawie pewnej podstawy i w przeważnej liczbie przypadków nie możemy nic stanowczego powiedzieć,

ani co się tyczy czasu trwania, ani co się tyczy uleczności danej choroby. Doświadczeniem tylko zebrali psychiatrzy pewne wskazówki, na które będę się starał zwrócić uwagę podczas opisywania szczegółowych form chorobowych.

II. W sprawie krwotoków płucnych.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak.)

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Pomijając nic nie mówiące doświadczenia Waldenburga na 3 królikach dla rozstrzygnięcia sporu, jaki się toczył między Niemayerem, zwolennikiem *phthisis ab haemoptoë* a Traubem, podjęli Perl i Lippmann[1]) szereg doświadczeń na królikach, a wyniki swej pracy streszczają w następujących zdaniach:

1) Wylana krew do płuc dochodzi do najdrobniejszych oskrzelików i pęcherzyków płucnych; w większych oskrzelach nie ma już skrzepów po 12 godzinach.

2) Wylana krew do płuc zdrowych nie jest bodźcem zapalnym, tylko bywa powoli wchłaniana, nie zostawiając żadnych zmian w miąższu płucnym z wyjątkiem miernego rozdęcia (*emphysema)* dotkniętych i sąsiednich części.

Sommerbrodt[2]), który w tym samym celu pod jął doświadczenia na psach, dochodzi do odmiennego nieco wyniku i twierdzi, że następstwem wylania się krwi jest nieżytowe zapalenie płuca. Wreszcie Nothnagel[3]) przy sposobności ogłoszenia swego spostrzeżenia o szybkim przechodzeniu ciałek krwi czerwonych da przegród międzypęcherzykowych po wylaniu się krwi do płuc wspomina, że jeszcze w 1865 r. zachęcony przez Traubego przedsięwziął szereg doświadczeń w tym samym celu, co Perl, Lippmann i Sommerbrodt; ponieważ jednak doszedł do wyników ujemnych, podobnie jak Perl i Lippmann, dla tego drukiem ich nie ogłosił. Doświadczenie te, zwłaszcza wykazanie szybkiego wchłaniania wylanej krwi w płucach nie bardzo popierały spostrzeżenia kliniczne. Nie zrażony tem jednak postanowiłem jeszcze raz przeprowadzić szereg doświadczeń, które naturalnie nie miały już za zadanie rozstrzygnąć sprawy *phthisis ab haemoptoë*, w jakim to celu dokonywano przytoczonych prac, lecz za cel sobie wytknąłem zbadanie w ogóle, jak zachowuje się krew wylana do do płuc i czy wywołuje jakie zmiany?

Doświadczenia robiłem na psach i królikach w sposób nastąpujący.

U zwierzęcia przywiązanego na grzbiecie odszukiwałem z zachowaniem przepisów antyseptyki i aseptyki tętnicę szyjną (*a. carotis*) i wprowadzałem w nią szklaną kaniulę, którą łączyłem z cienkim, elastycznym, na końcu uciętym cewnikiem, a po otwarciu tchawicy i wprowadzeniu do niej cewnika dość głęboko zwalniałem zaciskacz na tętnicy i wpuszczałem pewną ilość krwi (od 5—20 grm. mniej więcej). Czego dokonawszy podwiązałem tętnicę, zespoiłem tchawicę i ranę. Zwierzęta wszystkie znosiły zabieg dobrze; po odwiązaniu zachowywały się normalnie.

Po 1, 2, 3 i t. d. dniach zwierzęta zabijałem przez zachloroformowanie. Przy sekcyi przekonałem się, że rana najczęściej zagojona była *per primam intentionem*; błona śluzowa tchawicy i oskrzeli grubszych i średnich blada, niezmieniona. Płuca po obejrzeniu wkładałem do alkoholu a następnie badałem mikroskopowo zatapiając w celuloidynie lub parafinie a następnie barwiąc hematoksyliną, błękitem metylenowym, karminem, podbarwiając najczęściej eozyną.

Doświadczeń dokonałem razem 22 t. j.: na 6 psach, i 16 królikach. Zwierzęta po doświadczeniu żyły od godziny do 3 tygodni. Ogólny obraz, jaki z badania otrzymałem, przedstawia się następnie: Krew wlana do tchawicy dostawała się w większej ilości do prawego, niż do lewego płuca; w niektórych doświadczeniach udało się wprowadzić cewnik do oskrzela grubszego tak, że przeważnie krew znajdywano tylko w jednem płucu. Krew ta nagromadzała się przeważnie około wnęki płuca i w dolnych płatach. Miejsca te można było poznać po wiśniowem zabarwieniu. W małej liczbie przypadków już po dniach 8—10 nie można było rozpoznać mikroskopowo miejsca, w których krew była poprzednio a w większej liczbie przypadków jednak i na 20 dni pozostawały rozsiane i osobne plamki wiśniowe wśród miąższu, gdzie krew stwierdzono. Po rozcięciu w oskrzelach grubszych i drobniejszych już po jednym dniu skrzepów nie znalazłem.

Dla przedstawienia mikroskopowego obrazu przytoczę kilka protokołów z doświadczeń.

Doświadczenie I. Królik. Wlano w wyżej opisany sposób około 6 grm. krwi, zachloroformowano po godzinie. Płuco prawe koło wnęki wypełnione krwią, przeważnie jednak dolny płat. Oskrzela skrzepem wypełnione, a pod mikroskopem pęcherzyki płucne wypełnione dokładnie czerwonemi ciałkami krwi, między którymi widać gdzie niegdzie ciałka białe; w interstycyach ciałek czerwonych nie widać. — W oskrzelikach ciałka czerwone i nitki włóknika.

Doświadczenie II. Pies. Po wlaniu krwi i zeszyciu rany, zachowuje się zupełnie prawidłowo. Zabity przez zachloroformowanie w 48 godzin. Płuca wyjęte, przeważnie prawe wypełnione krwią, w oskrzelach skrzepów nie widać. Pod mikroskopem pęcherzyki wypełnione ciałkami czerwonemi a w każdym obok nich widać po kilka lub kilkanaście komórek dużych, z wyraźnem jądrem, kształtem odpowiadających komórkom śródbłonkowym (*endothelium*) wyścielającym ściany pęcherzyków i znaczniejszą liczbę ciałek białych; w oskrzelikach drobnych już nie można dobrze odróżnić ciałek czerwonych, w wielu miejscach masa drobnoziarnista *(detritus*) wśród niej ciałka białe i złuszczony przybłonek oskrzelików.

Doświadczenie III. Pies. Zachloroformowany po 96 godzinach (4 dni). Pod mikroskopem pęcherzyki przedstawiają obraz podobny jak po 48 godzinach; w niektórych pęcherzykach jednak w miejsce czerwonych ciałek widać tylko drobnoziarnisty barwik, komórek wśródbłonkowych mniej — a w niektórych z nich wewnątrz ciałka czerwone lub tylko złogi z nich barwikowe. W oskrzelikach najdrobniejszych więcej złuszczonego przybłonka a niekiedy w sąsiedztwie oskrzelika naciek drobnokomórkowy (*peribronchitis*).

Obraz mikroskopowy opisany w tych 3 doświadczéniach, które by nie powtarzać się, jako wzór przytoczyłem, zgadza się w pewnej części z opisem podanym przez Sommerbbrodta. Jako następstwo dostania się krwi do pę-

---

[1]) Virch. Arch. T. 51. 1879.
[2]) Virch. Arch. T. 55. 1873.
[3]) Virch. Arch. T. 71. 1877.

cherzyków widzimy pewną reakcyę ze strony tkaniny płucnej, objawiającą się złuszczeniem i pęcznieniem nabłonka — nagromadzeniem się jego w pęcherzykach wśród ciałek czerwonych, jak to już opisał Sommerbrodt, a nadto, jak mój opis wskazuje, emigracyą ciałek białych do pęcherzyków. — Reakcya ta odbywa się i w najdrobniejszych oskrzelikach; w nich bowiem widzimy również złuszczenie się przybłonka i to nieraz w takiej ilości, że zapchane zostaje całe światło oskrzelika a zadrażnienie to szerzy się i w sąsiedztwo oskrzelika, o czem świadczą drobnokomórkowe nacieki, jakie nie rzadko spostrzegamy. — Nie wchodzę na razie, jak nazwać tę zmianę, czy *katarrhalische Pneumonie*, jak ją Sommerbrodt nazywa mimo, że opisuje tylko samo złuszczenie się nabłonków w pęcherzykach, — czy wprost zadrażnieniem nieżytowem (*katarrhalische Reizung*) tak w pęcherzykach jak drobnych oskrzelach; w każdym razie stwierdzamy fakt, że krew dostawszy się do płuca zdrowego, nie jest czynnikiem obojętnym, wywołuje bowiem reakcyę, objawiającą się złuszczeniem, pęcznieniem i nagromadzeniem nabłonka (*endotelium*) w pęcherzykach, jak również immigracyą ciałek białych — podobną zmianę w oskrzelach drobnych i w ich sąsiedztwie. — Reakcyą tę ze strony tkaniny płucnej dobrze rozwiniętą można już stwierdzić w przeciągu dnia jednego — najwybitniejszą między 2—4 dniem, a łagodnieje średnio koło 6-go — stósownie do ilości wlanej krwi i prawdopodobnie indywidualności zwierzęcia.

W dniach następnych płuca przyjmują inny obraz; dlatego pozwolę sobie znów dla przykładu przytoczyć kilka doświadczeń.

Doświadczenie IV. Pies. Zachloroformowany po 6. dniach.

Płuca koło wnęki mało krwią wypełnione; opłucna, przeważnie na prawem płucu lekko pomarszczona. Pod mikroskopem ciałka czerwone gdzieniegdzie utrzymane — tu i owdzie kępki barwika żółtawego, jużto wolne, jużto wewnątrz komórek. Pod mikroskopem zamiast regularnych pęcherzyków płucnych widzimy nieregularne przestwory powietrzne oddzielone od siebie zgrubiałą tkanką międzymiąższową o drobnokomórkowym nacieku — nieraz tak rozwiniętą, że na pewnym obszarze preparatu zupełnie przestworów powietrznych nie widać. Oskrzeliki drobne w pewnej części wypełnione drobnoziarnistą masą rozpadową, w której widać złuszczony przybłonek, lub tylko tym ostatnim, — a w sąsiedztwie oskrzelików drobnokomórkowy naciek.

Doświadczenie V. Pies. Zachloroformowano po 8 dniach. Obraz mikroskopowy ten sam, co po 6 dniach.

Doświadczenie VI. Pies. Zachloroformowany po 11 dniach. Obraz mikroskopowy ten sam, nadto pewna liczba pęcherzyków płucnych, o kształtach prawidłowych, wypełniona całkowicie złuszczonym nabłonkiem, wewnątrz których sporo żółtego barwika tak, że wejrzenie ich przypomina komórki sercowe (*Herzzellen*).

Doświadczenie VII. Pies. Zachloroformowany po 21 dniach. Obraz podobny jak po 11 dniach.

Z szeregu tych doświadczeń widzimy, że wlanie krwi do płuc nie ogranicza się na reakcyi opisanej wyżej, rozwijającej się przeważnie w pierwszych dniach 6-ciu, lecz zmiany postępują dalej. Pęcherzyki płucne przyjmują kształty nieregularnych przestworów powietrznych lub wcale ich widzieć nie można, podobnie jak w płucu dotkniętem niedodmą (*atelectasis*). Niedodma ta, zdaje się, jest wynikiem wypełnienia przez dłuższy czas pęcherzyków krwią a po jej ustąpieniu częściowem wskutek niemożności dojścia powietrza wobec założenia najdrobniejszych oskrzelików wydzieliną złożoną, jak to mikroskop wykazuje, z masy drobnoziarnistej (rozpadły skrzep) złuszczonego przybłonka i ciałek wypocinowych. — Że w oskrzelikach tych toczy się sprawa czynna (*bronchitis*), dowodem tego, że szerzy się i w sąsiedztwie oskrzelików, wywołując niekiedy naciek drobnokomórkowy (*peribronchitis*). — Zgrubienie przegród międzypęcherzykowych, naciek w nich drobnokomórkowy świadczą, że i w interstycyach podrażnienie wystąpiło a wypełnienie pęcherzyków niektórych nadbłonkiem daje nam obraz podobny do złuszczającego się zapalenia płuca Buhla (*desquamative Pneumonie*). Zmiany te wszystkie opisane, rozpoczynające się nieraz już od 6. dnia po wlaniu krwi stwierdzałem, jak to protokóły wykazują, stale nawet do 21. dnia. Na dłuższy czas doświadczeń nie robiłem.

Rezultat otrzymany z tych doświadczeń daje się streścić w następujących zdaniach:

1) *krew prawidłowa wylana do płuc zupełnie zdrowych, wbrew twierdzeniu Perla, Lippmanna i Nothnagla nie jest obojętnym czynnikiem*;

2) *już w 24 godzin może ona wywołać ze strony tkaniny płucnej reakcyę, która w pierwszych dniach objawia się złuszczeniem nabłonka pęcherzyków płucnych i złuszczeniem przybłonka w najdrobniejszych oskrzelikach, immigracyą ciałek białych doprowadzając nieraz do zmian na około oskrzelików* (*peribronchitis*);

3) *mniej więcej około 6-go dnia rozwija się obraz niedodmy* (*atelectasis*), *w miejscach w których krew wylaną była, ze zgrubieniem tkaniny międzypęcherzykowej* (*interstycyalnej*). *Zmiany w oskrzelikach i na około nich* (*peribronchitis*) *trwają dalej a niekiedy rozwija się obraz zapalenia płuca złuszczającego* (*pneumonia desquamativa Buhla*). *Obraz taki i po 21 dniach stwierdzić można.*

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Alfred Sokołowski: **Leczenie klimatyczne suchot płucnych.** (Odczyty kliniczne wydawane przez Redakcyę *Gazety lekarskiej*. Sekcya V, Zeszyt 5). Warszawa 1893. Str. 50.

W rozdziale I-ym zastanawia się autor nad pytaniem, czy i o ile suchoty płucne są uleczne, w jakim okresie choroby, w jakich formach chorobowych najczęściej wyleczenie nastąpić może i jak należy się zapatrywać na tę uleczność ze stanowiska fizyologicznego. Przytoczywszy zapatrywania się w tej mierze dawniejszych autorów począwszy od Laënneca, omówiwszy rzecz treściwie kilkoma rysami i poparłszy kazuistyką zaczerpniętą ze swego własnego, rozległego doświadczenia wyraża autor przekonanie, że uleczność suchot płucnych jest możliwa w początkowych okresach choroby, że jest jednak stosunkowo rzadka, że nareszcie spostrzegać się daje nawet w niekorzystnych warunkach higienicznych bez wszelkiego leczenia, jako wyleczenie samodzielne.

W rozdziale II-im opisuje autor dwie, poniekąd odrębne postacie suchot płucnych t. j. 1) suchoty dziedziczne, przebiegające szybko i złośliwie, o rokowaniu niekorzystnem, okazujące tylko nader wyjątkowo okresy powstrzymania się sprawy chorobowej: 2) suchoty płucne nabyte przebiegające łagodniej, często w sposób wybitnie przewlekły, dopuszczający długich okresów względnego spokoju, gdzie rozwój sprawy jest zupełnie powstrzymany a nawet wobec zupeł-

nego wyleczenia postać ta okazuje dążność do przejścia w tak zwaną formę włóknistą (*phthisis pulmonum fibrosa*), lubo autor z naciskiem wspomina, że forma ta występuje nie tylko jako zakończenie pomyślne suchot nabytych, lecz jako sprawa pierwotna i samodzielna, niejako jako zupełnie odrębna i klinicznie nacechowana postać suchot. Ta to postać nadaje się najlepiej do systematycznego i racyonalnego leczenia, w szczególności do skutecznego leczenia klimatycznego.

W następnych rozdziałach (od III go do XI-go włącznie) ocenia autor różne sposoby leczenia klimatycznego, zastanawiając się nad cechami klimatu i podając wskazania i przeciwskazania do leczenia tym lub innym klimatem się nastręczające. I tak obszernie roztrząsa rzecz o klimacie alpejskim i o zakładach leczniczych dla suchotników w tym klimacie urządzonych (Davos, St. Moritz i t. p.), któremu przypisuje wpływ wielce korzystny w stósownych przypadkach suchot płucnych; dalej ocenia znaczenie miejsc klimatycznych podalpejskich (Szczawnica, Rabka, Gleichenberg, Reichenhall, Ischl i t. p.), którym jednak na podstawie swego doświadczenia pokaźnego swoistego wpływu leczniczego na suchoty płucne i sprawy gruźlicze przypisać nie może, które natomiast za wskazane uważa w sprawach nieżytowych dróg oddechowych niegruźliczego pochodzenia.

Kolejno przechodzi następnie rzecz o klimacie stepowym, leśnym, nadmorskim, o długich podróżach morskich w celu leczniczym odbywanych, klimacie południowym, rozbierając krytycznie i umiejętnie cechy i własności klimatów, a oznaczenie ich lecznicze uzasadniając wieloma przypadkami chorobowymi przez siebie spostrzeganymi.

Nakoniec poświęca słów kilka klimatowi swojskiemu, który w sposób racyonalny wyzyskany może oddać niepoślednie usługi w leczeniu suchót płucnych, zwłaszcza u osób uboższych, nie mogących odbywać dalekich i kosztownych podróży do krajów obcych.

W ostatnim rozdziale XII-ym uzasadnia potrzebę założenia sanatoryów dla biednych suchotników w okresach początkowych lub też niedaleko posuniętej choroby kosztem korporacyj lub państwa.

W całej pracy przebija rozległe doświadczenie autora, jasny i umiejętnie ścisły sąd o rzeczy, krytyczne ocenienie przedmiotu. Pracę tę każdy z pożytkiem przeczyta a niejeden nauczy się po przestudyowaniu jej, jak nieodzowną jest rzeczą odróżniać różne formy suchot płucnych i ich odcienia i że leczenie klimatyczne należy zalecać nieszablonowo, (jak to niestety dzieje się wprawdzie zgodnie z tradycyą wielu miejsc klimatycznych i leczniczych, ale nieraz na szkodę chorych), lecz stósować je na podstawie krytycznego ocenienia formy chorobowej tudzież wartości rzeczywistej czynników klimatycznych. *Ponikło.*

Chirurgia.

L. Rydygier: Jak należy chloroformować?

W formie wykładu klinicznego, wygłoszonego w dniu rozpoczęcia kursu w klinice chirurgicznej krakowskiej w r. szk. 1892/3, wyświeca prof. Rydygier sprawę narkozy chloroformowej ze stanowiska zarówno teoretycznego, jako też i praktycznego, udzielając słuchaczom wielu cennych wskazówek, jako podstaw do postępowania w przyszłej ich praktyce lekarskiej. Jako nić przewodnia przebija w całym wykładzie prof. Rydygiera dokładny opis sposobu chloroformowania, używanego w klinice krakowskiej oraz naukowe uzasadnienie tego sposobu.

Uznając wysokie znaczenie, jakie umiejętność chloroformowania dla każdego lekarza praktyka mieć musi, wywołuje prof. Rydygier do każdej narkozy w ciągu wykładu klinicznego po dwu słuchaczów, którzy pod dozorem specyalnie w tym celu wyznaczonego asystenta sami osobiście chorych chloroformują. Każdy medyk, uczęszczający do kliniki chirurgicznej, może więc osobiście zachloroformować w ciągu swoich studyów, co najmniej kilkunastu chorych, co oczywiście na szali jego wykształcenia chirurgicznego, zwłaszcza w pierwszych latach praktyki lekarskiej dobrze zaważy. Sposób ten jest dla chorych, co prawda, nie najlepszym, gdyż drobne wydarzenia, komplikujące narkozę, wydarzają się u prof. Rydygiera może częściej, niż w innych klinikach; stosunkowa częstość tych wydarzeń jest prostym wynikiem braku wprawy, z jakim słuchacze medycyny do narkozy częstokroć przystępują. Prof. Rydygier jest zupełnie świadom tej ciemnej strony wymienionej metody pedagogicznej, uwzględniając jednak główne zadanie kliniki, która ma na żywym materyale, czysto praktycznie kształcić przyszłych praktyków, oraz tę okoliczność, że obecność a więc ewentualna doraźna pomoc jednego z asystentów dokładnie obeznanego ze sposobem chloroformowania, nie dopuszcza groźniejszych komplikacyj, spokojnie powierza studentom narkotyzowanie chorych. W ciągu ostatnich lat pięciu na 2500 chorych, chloroformowanych przez studentów, nie zaszedł ani jeden przypadek śmierci wskutek złej narkozy.

Prof. Rydygier wymaga nieodwołalnie, by cała uwaga chloroformującego była skoncentrowaną jedynie i wyłącznie na przebieg narkozy; zadanie to nie zawsze bywa łatwem, zwłaszcza podczas dłuższych a interesujących operacyj, które w ten sposób dla chloroformującego są zupełnie stracone. Trzeba się jednak z tem pogodzić, gdyż sama narkoza wymaga tak wielkiej baczności, że wszelki udział chloroformującego, choćby ograniczał się tylko do samego przyglądania, musi być zupełnie wykluczonym. To też prof. Rydygier bynajmniej nie jest zwolennikiem aparatów, służących do dozowania chloroformu a więc ułatwiających pozornie samą czynność chloroformowania a co za tem idzie, odrywających lekarza narkotyzującego od jego głównego zajęcia. (Za najlepsze z tych przyrządów uważa prof. Rydygier aparaty Kappelera i Junkera). Przeciwnie, jedną z wielu zalet sposobu chloroformowania, polegającego na nieustannem podawaniu chloroformu kroplami jest ta okoliczność, że chloroformujący jest niejako zmuszonym ciągle uważać na chorego.

Chorych klinicznych narkotyzuje się zawsze na czczo; w praktyce prywatnej zaleca się to samo; najwięcej można pozwolić na wypicie filiżanki herbaty czy kawy na 4—6 godzin przed operacyą. Alkohol podaje się przed narkozą tylko osobom bardzo osłabionym oraz nałogowym pijakom. Za jedyne przeciwskazanie do narkozy chloroformowej uważa prof. Rydygier nieskompensowane wady serca oraz poważne cierpienia płucne. Przed narkozą należy więc dokładnie zbadać serce i płuca chorego, również jego jamę ustną (sztuczne zęby, tytoń do żucia), oraz skontrolować czystość chloroformu pod względem chemicznym; nie potrzeba uciekać się do kłopotliwych analiz, gdyż zwykłe próby wystarczają tu najzupełniej (przeźroczystość, zapach, obojętny odczyn, nie pozostawianie osadu na dłoni lub bibule po odparowaniu).

W klinice krakowskiej chloroformuje się chorych wyłącznie metodą poleconą przez Labbégo, Peyrauda, Boncoura, Peraira i innych a pozyskującą sobie coraz to nowych zwolenników. Polega ona na tem, że przez cały czas operacyi, chloroform nieustannie spada na maskę kroplami, z początku z szybkością mniej więcej 12, po zaśnięciu zaś chorego z szybkością 4—6 kropel na minutę. Najwybitniejszą zaletą tej metody jest to, że okres pobudzenia albo wcale nie występuje, albo też samo pobudzenie jest znacznie słabszem aniżeli przy dawnym sposobie chloroformowania; ilość zużytego chloroformu bywa znacznie mniejszą (średnio zamiast 100 cm. sz. 20—25 cm. sz.) a więc i niebezpieczeństwo ostrego zatrucia jest znacznie mniejszem a wymioty po narkozie rzadziej występują. Z tego samego powodu t. zw. późna śmierć z chloroformu, na skutek zwyrodnień, powstałych w narządach miąższowych, rzadko się zdarza przy powyższej metodzie chloroformowania. Aparat, służący do chloroformowania metodą tą, jest bardzo prosty: składa się on z maski Schimmelbuscha, ciemnej buteleczki do kropel (*Tropfglas*), zaopatrzonej poddziałką oraz kulociągu, służącego do wydobycia języka opadającego ku tyłowi. W razie potrzeby otwiera się usta wziernikiem Heistera.

Dalej omawia prof. Rydygier szczegółowo rękoczyn Heiberga.

Przed samą narkozą należy chorego, o ile można, uspokoić; obecni winni zachować milczenie, dopóki chory nie zaśnie; również nie dozwala się oczyszczania pola operacyjnego przed tym czasem, gdyż drażni ono niepotrzebnie chorego i chory tem trudniej zasypia. Pole operacyjne winno być oczyszczone albo przed rozpoczęciem narkozy albo też już po zaśnięciu chorego. Chorych układa się poziomo z nieco podniesioną głową; prof. Rydygier przestrzega przed często praktykowanem unoszeniem chorego pod koniec narkozy, podczas zakładania opatrunku i przytacza przypadki, które dzięki temu niefortunnemu rękoczynowi, zakończyły się śmiercią. Przed zupełnem zaśnięciem chorego bezwzględnie nie należy rozpoczynać operacyi. Następnie omawia prof. Rydygier zachowanie się odczynu rogówkowego, źrenic oraz oddychania podczas narkozy chloroformowej; dla łatwiejszej kontroli poleca obnażyć piersi chorego; ważną wskazówką dla chloroformującego jest również twarz chorego, na którą należy od czasu do czasu spoglądać. Po ukończeniu operacyi nie powinno się budzić chorego gwałtownymi środkami, jak n. p. przez klepanie po twarzy mokrym ręcznikiem, lecz należy czekać cierpliwie, dopóki chory sam się nie przebudzi. Zwłaszcza w praktyce prywatnej, gdzie rodzina chciałaby jak najprędzej widzieć ruchy chorego i słyszeć jego głos, powinien lekarz pamiętać o tej zasadzie.

Przy powyżej opisanym sposobie chloroformowania występują wymioty po ukończeniu narkozy stósunkowo rzadko i nie odznaczają się zbytnią gwałtownością. Prof. Rydygier wątpi, czy wypłukanie żołądka $^1/_2$—$2^0/_0$ rozczynem soli kuchennej, jak to zaleca Lenewitsch, w każdym przypadku wymioty powstrzyma, gdyż komplikacya ta częstokroć zależy od czystości chloroformu oraz osobistej dyspozycyi chorego. — Przepłukanie żołądka przed narkozą jest wskazanem przy operacyach na żołądku oraz w przypadkach niedrożności przewodu pokarmowego, w których już wystąpiły wymioty kałowe. Podczas samej narkozy rękoczynu tego oczywiście stósować nie można. Jeżeli wymioty wystąpią podczas narkozy, należy je ułatwić przez uniesienie chorego; zazwyczaj uniesienie to bywa wykonywanem niedobrze, gdyż chloroformujący ogranicza się bardzo często do uniesienia głowy chorego, co utrudnia wydalenie wymiocin na skutek zagięcia szyi; należy unosić nietylko głowę, lecz także górną część tułowia. Jeśli występują tylko same ruchy wymiotne, należy chwilowo zwiększyć dawkę chloroformu.

W razie zboczeń w oddychaniu, zaleca prof. Rydygier rękoczyn Heiberga lub też uniesienie krtani ostrym haczykiem. W tych przypadkach, w których chorzy przestają oddychać bez widocznego powodu, gdzie niejako zapominają oddychać, a co się często zdarza, jeśli chory dostał za wiele chloroformu, należy przystąpić natychmiast do sztucznego oddychania. Najbardziej zaleca się metoda Schüllera, po niej zaś metoda Silvestra. Podczas sztucznego oddychania należy baczyć na to, by wejście do krtani pozostawało wolnem. Najgroźniejszymi są te przypadki, w których zaraz na początku narkozy lub też po niejakim czasie nagle ustaje oddychanie i bicie serca. Zapad ten (*syncope respiratoire et syncope cardiale*) nie powstaje na tle asfiksyi a polega na porażeniu ośrodka oddechowego przez chloroform. Nie stwierdzono jeszcze dokładnie, która z tych dwu funkcyj najpierw ustaje; z doświadczeń podjętych na zwierzątach przez Kappelera wynika, że najpierw ustaje oddychanie, później zaś bicie serca. Zdarzają się również przypadki śmierci na samym początku narkozy u chorych, którzy zaledwo kilka razy odetchnęli powietrzem zmieszanem z chloroformem; śmierć następuje tu wskutek shok lub też wskutek nadmiernej wrażliwości zakończeń nerwowych na drażniące działanie chloroformu. Pierwotny zapad powstaje wskutek zbytniego podrażnienia zakończeń nerwu troistego oraz krtaniowego górnego, które wywołuje odruchy nerwów, mięśni oddechowych oraz serca. Starano się zapobiegać powstawaniu tych zadrażnień przez pędzlowanie błony śluzowej nosa i krtani rozczynem kokainy, przez wstrzykiwanie podskórne atropiny i morfiny. Prof. Rydygier zaleca morfinę tylko u nałogowych pijaków, zwracając zarazem uwagę, że przy takiej skombinowanej narkozie trzeba chloroformować chorego bardzo ostrożnie. W razie pierwotnego zapadu oddechowego i sercowego należy natychmiast rozpocząć sztuczne oddychanie, które w tych przypadkach musi być wykonywanem przez bardzo długi przeciąg czasu. Dawniej stósowano drażnienie elektryczne nerwów przeponowych; Mayer i Dyakonow wykazali jednak, że prąd galwaniczny jest silną trucizną sercową. Dyakonow i Bobrow polecają w celu podniesienia czynności serca podskórne wstrzyknięcie 20—225 gr. soli kuchennej. Działanie punktury serca, azotynu amilowego, strychniny, brandy i innych środków jest w przypadkach nagłego zapadu bardzo niepewnem. — Maas podał sposób ratowania chorych w pierwotnym zapadzie sercowym, polegający na rytmicznem uderzaniu w okolicę sercową w tempie prawidłowego bicia serca.

Prof. Rydygier wyraża się z uznaniem o skombinowanej narkozie chloroformem i eterem, używanej przez Kochera i poleca ją przy dłużej trwających operacyach, specyalnie zaś przy wycinaniu włókniaków macicy, gdyż, jak wiadomo, w przypadkach tych śmierć następuje stósunkowo często wskutek zbytniego osłabienia czynności serca.

W końcu wypowiada prof. Rydygier swoje zapatrywanie się w sprawie sądowej odpowiedzialnosci lekarza za śmierć z chloroformu. Wobec stósunkowo dość licznych przypadków nieprzewidzianego, nagłego zapadu winno się czynić lekarza odpowiedzialnym sądowo tylko w tych przypadkach, w których wykazać można znaczne niedbalstwo z jego strony (jako to niedokładne zbadanie chorego przed narkozą, niezwracanie nań uwagi podczas narkozy i t. d.). Z drugiej zaś strony tem większą jest odpowiedzialność lekarza wobec jego własnego sumienia, które dlań zawsze najwyższą instancyą być winno i które w każdym przypadku powinno go zmuszać do jak najstaranniejszego wykonania powierzonej mu czynności. (*Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 69. 1893*). *Dr. K. Klecki.*

Terapia.

M. Gross (w Nowym Jorku): **Leczenie ostrego nieżytu żołądka i jelit u dzieci** (*cholera infantum*).

Rozpoznanie ostrego nieżytu jelit u niemowląt w okresie pierwszym, gorączkowym jest nieraz nader trudne, bo brak jest biegunek, wymiotów a tylko wysoki stan gorączkowy. Kurcze, nieprzytomność to jedyne objawy tejże choroby. Energiczne zabiegi lecznicze w tym okresie mogą przytłumić całą sprawę chorobową. Autor po długich badaniach uznał metodę niżej podaną za najlepszą. W samym początku choroby zmywa całe ciało wodą lodową na z pół wyskokiem i stósuje wysoką, jednolitrową irygacyę jelit zimną wodą destylowaną; jeżeli atoli mimo to utrzymuje się gorączka, to podaje antypirynę w ilości od 0·1—0 5 na dawkę. Bez względu na to, czy dziecko przy piersi czy sztucznie karmione, zabrania podawania mleka przez 24 godziny; tylko zaleca podawać często a mało naraz wody ryżowej, jęczmiennej, cukrowej i herbaty, irygacyę jelit $1^0/_0$ roztworem soli kuchennej raz na 12 godzin i kalomel w ilości od 0·01—0·02 co 2 godziny. Dzieciom sztucznie żywionym zatrzymuje tę dyetę przez 3—4 dni; karmionym piersią zezwala ssać co trzy godziny po 5—8 minut naraz.

W przypadkach daleko posuniętych, ale ostro przebiegających, stósuje autor dyetę: kleik, kawę, herbatę, irygacye $1^0/_0$ rozczynem soli kuchennej w objętości 1—$1^1/_2$ litra co 3 godziny, później rzadziej, po 1—2 dziennie; prócz tego podaje autor:

Rp.	*Calomelanos*	*0·005—0·15*
	Saloli	*0·1—0·2*
	Sacchari lactis	*0·3*
	f. pulv.	

S. Co 2 godziny proszek przez 24 godzin, w następnej dobie sam salol a w końcu

Acidi muriat. dilut. 15·00
Pepsini 4·00
S. 4 razy dziennie po 2—3 kropel.

Jeżeli choroba nabiera cechy przewlekłości, wtedy używa autor przepłukiwań żołądka po razu dziennie słabym rozczynem kwasu solnego i irygacyj wyż wspomnianych. Jeżeli objawy zapadu, to przepłukiwanie żołądka co 3 godziny, kąpiel gorczyczna i środki podniecające. (*Therapeutische Monatshefte. Maj 1893*).

Choroby dzieci.

Prof. M. Kassowitz: **Kurcz głośni i tężyczka u dzieci.** Autor wykazuje statystycznie na 370 przypadkach, że kurcz głośni zostaje w ścisłym związku z rozwijaniem się krzywicy i w miarę, im bardziej ta zmiana nagabuje kości czaszkowe, tem częściej usposabia do kurczu głośni i mięśni oddechowych. Krzywica czaszki wywołuje cały szereg zboczeń, które autor obserwował na 172 przypadkach, polegających na chorobliwem zadrażnieniu systemu nerwowego i ośrodków wydzielniczych, ruchowych i psychicznych. Do zboczeń tych, łączących się ze sobą w różny sposób, zaliczyć należy prócz kurczu głośni, ogólne kurcze, napady tężyczki, przypad Troussa, *nystagmus*, odruch nerwu twarzowego, bezsenność, poty, kurcze drgawkowe mięśni twarzowych. Jakie zmiany anatomiczne zachodzą w nerwach i mięśniach, dotąd niewiadomo. Nie ulega jednakowoż wątpliwości, że jest jakiś bliższy stósunek, łączący krzywicę z tężyczką i z kurczem głośni. To też leczenie fosforem choroby głównej usuwa w krótkim czasie towarzyszące jej przypady.

Fałszywem przeto wydaje się twierdzenie Loosa, że krzywica niema żadnego związku z kurczem głośni i tężyczką, jakoteż że kurcz głośni jest tylko częściowym objawem tężyczki występującej w formie utajonej, dającej się zawsze wykazać za dokładnem badaniem. (*Wiener medicinische Wochenschrift. Nr. 13—21. 1893*).

Dr. Komorowski.

Medycyna sądowa.

Haberda: **Spostrzeżenia sądowo lekarskie z zakładu radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu.**

Autor zestawił pięć przypadków sądowo-lekarskich, które z przyczyny swej stosunkowej rzadkości zasługuje na uwzględnienie ich w piśmiennictwie. Z tych przedstawiają cztery niezwykłe umiejscowienie rany postrzałowej u samobójców. Wiadomo, że samobójcy obierają tylko pewne okolice ciała jako tak zwane miejsca wyborowe dla strzału. Na głowie miejscami temi są skroń, czoło, jama ustna i podbródek. W przypadkach, w których znajdujemy ranę postrzałową okazującą cechy ran zadanych pociskiem padającym z pobliża, w powyż wymienionych okolicach głowy, przy braku dowodów przemawiających za zbrodnią orzekamy, że rany te były zadane ręką własną. Tymczasem zdarza się, iż samobójcy czasem obierają niezwykłe okolice głowy za cel dla pocisku.

I tak badał H. przypadek oczywistego samobójstwa, w którym otwór postrzałowy znaleziono na tyłogłowiu w miejscu połączenia się szwu strzałkowego z lambdowym. I od tego miejsca biegło pęknięcie czaszki kolisto przez cały obwód w linii, w której zazwyczaj przerzyna się piłką sklepienie czaszki przy sekcyach. Wobec braku oparzeń i opalenia włosów około otworu postrzałowego wydaje się prawdopodobnem, iż samobójca ujście pistoletu przycisnął szczelnie do głowy.

W drugim przypadku samobójstwa znalazł H. otwór postrzałowy w przeduim górnym kącie prawej kości ciemieniowej, w trzecim przypadku był otwór na 4 cm. po za środkiem kości czołowej nieco niżej szwu wieńcowego.

Czwarty przypadek tyczy się żołnierza, który w nocy strzelił do siebie w okolicę podobojczykową lewą z karabinu systemu Werndla. Strzał zabił go natychmiast, pocisk jednak przeniknął jego klatkę piersiową, ugodził drugiego obok śpiącego żołnierza w głowę w kierunku linii stycznej i zadał mu ranę kostną na szczycie czaszki w kościach ciemieniowych w postaci prostokąta; wreszcie ugodził pocisk ten trzeciego żołnierza w ramię.

Ostatni przypadek podany przez H. tyczy się mężczyzny 34-letniego, który dotknięty obłędem opilczym odebrał sobie życie w pierwszej psychiatrycznej klinice wiedeńskiej za pomocą samozagardlenia (autostrangulacyi). Dokonał zaś tego czynu przy pomocy kawałka płótna wydartego z koszuli, zmoczonego moczem własnym. Końce tej pętli nie były związane, lecz tylko założone tak, iż z łatwością można było zdjąć pętlę; mimo to pętla dostatecznie ucisnęła szyję tak, iż śmierć nastąpiła. W celu stwierdzenia tej okoliczności wykonał H. doświadczenie z założeniem mokrej pętli na szyję zwłok z odpilowaną czaszką i bez mózgu. Przy zastrzyknieniu płynu przez tętnice i tchawicę okazało się, iż były zupełnie niedrożnemi, zaciśniętemi. Wreszcie przekonał się autor, że pętla mokra nie zawiązana nie rozluźnia się tak łatwo i że zaciska mocniej, niż pętla sucha. (*Viertjtschr. f. ger. Med. 3. F. V. 2. 1893*).

Dr. Wachholz.

Notatki terapeutyczne.

Ponieważ roztwory jodoformu w glicerynie używane do wstrzykiwań w ogniska gruźlicze nie są trwałe, proponuje Dr. Reginald Lucy zastąpić je zawiesiną przyrządzoną w sposób następujący:

76) Uciera się jak najstaranniej trzy części jodoformu z jedną częścią skrobi i dodaje następnie
Gliceryny 20 części
Wody destyl. 10 „
Mięszając ciągle ogrzewa się to wszystko do 133 stopni Celzyusza (zapewne w kąpieli olejnej *przyp. spr.*) i otrzymuje w ten sposób płyn bardzo trwały, zawierający jodoform w stósunku 1 : 10 i odpowiedni do zastąpienia roztworów jodoformu w glicerynie lub oleju. (*La médecine moderne. 24. Juin. 1893*).

77) Ożegowski odkrył, że kwas salicylowy działa skutecznie przeciw tasiemcom; używa go też w tym celu w sposób następujący: bywszy na czczo przez cały dzień zażywa chory wieczorem 30 gramów olejku rącznikowego. Na drugi rano o 7-mej zażywa znowu 15 gramów tegoż olejku a następnie od 8. rano począwszy co godzina po gramie kwasu salicylowego aż do spotrzebowania 5 gramów. Jeżeli do godziny 1. w południe tasiemiec nie odejdzie, zażywa chory jeszcze 15 gramów olejku rącznikowego. Ten sposób leczenia nie udał się autorowi tylko raz w 20 przypadkach. — Autor zaleca ten sposób leczenia głównie w tych przypadkach, gdzie nie można użyć skutecznie innych sposobów leczenia.

W dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*) zaleca się jodek i chlorek (nie chloran!) potasu według przepisu:

78) Rp. *Kalii joduti* 2·00
Kalii chlorati 4·00
Aquae destil. 120·00
Syrupi diacodii 30·00
Ttrae lobeliae infl. guttas 30
MDS. Co godzina po łyżce stołowej zażywać.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 17. maja 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków obecnych 35.

I) Kol. Sroczyński opowiada o wyniku leczniczym u chorego przedstawionego na posiedzeniu poprzedniem. Kol. S.

miejscowo zasypywał jodoform a wewnętrznie dawał jodek sodu. Owrzodzenie na spojówce znacznie się zmiejszyło i prawie że jest już zagojone. Z tego wychodząc twierdzi stanowczo prelegent, że miał do czynienia ze wrzodem natury kiłowej i to kiły trzeciorzędnej tembardziej, że skrawki wszczepione do przedniej komórki oka królika nie wywołały żadnych zmian dodatnich.

Kol. Zarewicz przypominając dyskusyę nad tym przypadkiem twierdzi, iż zasada *post hoc ergo propter hoc* nie zawsze ma swoje znaczenie. Kol. Z. sądzi, że w danym przypadku jodoform mógł wywołać polepszenie, bo wiadomo wszystkim, że lek ten leczy także i wrzody gruźlicze.

Co zaś do tego przypadku, to kol. Z. musi się sprzeciwić, by można całą sprawę uważać za wyleczoną a wrzód za wygojony tembardziej, że nastrzykanie utrzymuje się, punkty szare chociaż w mniejszej ilości są a ciałko łzowe zachowuje poprzednie swoje wejrzenie, słowem sprawa cała nie jest wygojona, lecz podgojoną i to pod wpływem jodoformu tak, że i obecnie robi wrażenie wrzodu gruźliczego.

Kol. prelegent obstaje za wrzodem natury kiłowej, bo jodek sodu i jodoform sprowadziły polepszenie a szczepienie na króliku wypadło ujemnie.

Kol. Borzęcki sądzi, iż może wrzód ten był natury urazowej.

Kol. Zarewicz jeszcze raz zaznacza, że jodoform goi także sprawy gruźlicze, tembardziej, że widział tego rodzaju przypadek, gdzie jodoform wygoił wrzód, w którym mikroskop prątków gruźliczych nie wykazał a chory w krótkim czasie zmarł na ostrą gruźlicę płuc. W danym przypadku również wrzód nie jest wyleczony, lecz podgojony.

II. Kol. Tyszkiewicz demonstruje dwa przypadki z oddz. kol. Pareńskiego w Szpitalu św. Łazarza, okazujące początkowe zmiany gruźlicze; wspomina przytem, iż już kilka podobnych ma w pamięci. Prelegent zwraca uwagę na szablonowość w opukiwaniu szczytów płucnych, gdzie lekarze przeważnie częściom szczytów przylegającym do stosu pacierzowego głównie poświęcają swoją uwagę a pomijają zwykle inne miejsca, wykazujące dość często zmiany gruźlicze a jedynie wypukiem stwierdzić się dające, podczas gdy sam szczyt płuca od zmian gruźliczych jest wolnym. Miejscem tem jest okolica dołka nadłopatkowego. Prelegent opierając się w swym wywodzie na zmianach anatomo-patologicznych zwraca uwagę, że w przypadkach dalej posuniętej gruźlicy traci dołek nadłopatkowy przy wypuku nieco na znaczeniu; tam bowiem powstają zwykle najpierwej jamy płucne, usuwające się od obserwacyi ucha niewprawnego, które odgłos wypukowy bębenkowy, pochodzący od jamy w płucu, wziąć może za jawny.

Prelegent wspomina dalej o drugim, znanym punkcie wyjścia gruźlicy płucnej, o którym szczególnie w praktyce dziecięcej pamiętać należy. Tym punktem są gruczoły oskrzelowe w okolicy wnęki płuc, gdzie często zmiany wypukowe i przysłuchowe są wybitne obok zupełnie wolnego od wszelkich zmian szczytu płuca.

Zbierając w jedną całość powyższe uwagi, radzi prelegent nie pomijać przy opukiwaniu i osłuchiwaniu tych dwóch miejsc wyżej wymienionych a to ze względu na większe prawdopodobieństwo wczesnego rozpoznania początków gruźlicy, która w pierwszym okresie swego rozwoju odpowiednio leczona pozwala na lepsze rokowanie na przyszłość.

Kol. Gluziński zwraca uwagę, że przemówienie kol. Tyszkiewicza należy rozpatrzeć z dwóch stron, raz, o ile zdanie jego ma słuszność, że w początkowych okresach gruźlicy płuc najwcześniej objawy fizyczne występują w dołku nadłopatkowym (*fossa supraspinata*) i tu ich szukać należy, aby uniknąć błędu w rozpoznaniu, powtóre, o ile przedstawione przypadki objaśniają to jego zapatrywanie się. Zdaniem koi. G. spostrzeżenie kol. Tyszkiewicza mogące w szczególnych przypadkach mieć słuszność uogólnić się nie da i daleko częściej znajdujemy objawy czyto wypukowe, czyto przysłuchowe w dołku nadobojczykowym lub podobojczykowym, w przestrzeni nadłopatkowej lub nawet w przybrzeżnych częściach płuca n. p. koło mostka, i jedna może być tu reguła, że kto chce błędu w rozpoznaniu uniknąć i początkowe okresy gruźlicy płuc rozpoznać na podstawie fizycznych objawów, powinien umieć badać i badać dokładnie miejsce po miejscu, nie opuszczając naturalnie i dołka nadłopatkowego. Zapewne, że wskutek nieumiejętnego lub niedokładnego badania błędy się robią; zwrócenie jednak szczegółowe uwagi na dołek nadłopatkowy nie zapobiegnie temu, nie mówiąc już o przypadkach, które czy to lokalizacyą czy rozmiarami leżą po za granicami fizycznej możności rozpoznania. Pamiętać również nie zawadzi, że jak z jednej strony nie rozpoznaje się początkowych okresów gruźlicy płuc z powodu, że się niedokładnie badało, tak z drugiej strony i to bardzo często rozpoznaje się gruźlicę tam, gdzie jej wcale niema, dając się porwać pewnym objawom wypukowym czy to przysłuchowym, błędnie je tłomacząc, np. u ludzi z wątłą budową klatki piersiowej, szczyty płuc jako część płuca najmniej poruszalna podczas płytkich oddechów mogą się mniej powietrzem wypełniać i pozostawać we względnym stanie niedodmy (*atelectasis*), nad którymi znajdziemy w takim razie wypuk, względnie przytłumiony, który po kilku głębokich wdechach ustępuje jawnemu; nie zwrócenie uwagi na to, może już do błędu doprowadzić a to tem łatwiej, że i przysłuch w takich razach podczas głębokich wdechów, jakie polecamy zwykle choremu wykonać, może wykazać drobnobańkowate rzężenia, powstałe wskutek rozlepiania się ścian pęcherzyków będących w stanie niedodmy, a rzężenia naturalnie znikną, gdy badany kilka głębokich wdechów wykona. Na spostrzeżenie to zwrócił uwagę już Heitler. Niezwrócenie uwagi na rozwój mięśni, ułożenie żeber, nie wyróżnienie szmerów mięśniowych, zwłaszcza z tyłu i podczas osłuchiwania stetoskopem i t. d. może dać dalszy powód do omyłek. Zrobiwszy tę uwagę mimochodem muszę wrócić do przypadków przedstawionych. Po zbadaniu trzeba powiedzieć, że nie przedstawiają one obecnie już tego, co miały przedstawiać, bo w przypadku pierwszym sprawa niepoczątkowa, zmiany fizyczne wskazują na rozległy naciek całego górnego płatu prawego płuca a na mniejsze zmiany po lewej; w przypadku zaś drugim wprawdzie fizycznie zmiana nie rozległa, ale w obydwóch płucach i to nietylko w miejscach szczegółowo przez kol. Tyszkiewicza wykazanych.

Kol. Surzycki przychyla się do wywodów poprzednika a nadto dodaje, że rzecz podana przez kol. Tyszkiewicza nie jest nowa.

Kol. Tyszkiewicz zaznacza w odpowiedzi, iż nie mógł przedstawić przypadków idealnych, któreby wymaganiom dyskutujących zupełnie odpowiadały a to z tego względu, iż nie może objawów chorobowych danego przypadku wstrzymać lub przyspieszyć. Prelegent twierdzi dalej, że zmiany w tylnych częściach płuc odpowiadają zupełnie jego wywodom, a w końcu zwraca uwagę, że nie pragnie uważać swego odczytu za nic innego, jak tylko za mały przyczynek w dziedzinie rozpoznawania gruźlicy

III. Kol. Gluziński miał odczyt zapowiedziany O krwotokach w chorobach płucnych; który właśnie teraz drukuje się w Przeglądzie lekarskim.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

V. Ze Wschodu.

Zarysy lekarskie.

Przez

J. Iłg....

II.

Wobec zbliżającej się cholery bodaj, że po raz pierwszy przystąpiono do asanizacyi miast i wsi syberyjskich. Ogromne przestrzenie niezaludnione i utrudniona kumunikacya tamuje do pewnego stopnia rozwój chorób zakaźnych w Syberyi, tem więcej, że i miejscowe warunki gruntu, wiecznie zamarzłe warstwy ziemi, suchość powietrza obok częstych wiatrów utrudnia gnicie i rozkład części organicznych a zarazem i kulturę zarazków, jak o tem miałem moż-

npść już wspomnieć wyżej. Przy braku jednak zamiłowania ludności do porządku, miast i wsi nigdy nie czyszczono, szczególniej we wschodniej Syberyi a bardziej jeszcze w okręgu Zabajkalskim, gdzie chów bydła stanowi główny sposób do życia ludności nie tylko koczującej, lecz i osiadłej. Całe przestrzenie pól usiane są kośćmi nie tylko bydlęcemi, lecz i ludzkiemi. Człowiek lub bydlę po zdjęciu skóry jednako według obrządku buddyzmu rzucani są na pożarcie dzikim zwierzętom na pustynię a tego rodzaju pogrzebowy obrządek najbardziej odpowiada celowi. Całe stada wilków i dzikich psów mongolskich karmią się temi ciałami roznosząc po stepie ich kości. W samej Kiachcie corocznie zabijają do 2 tysięcy psów, przyszłych z Mongolii, co stanowi dochód policyi, gdyż skóry ich idą po wyprawieniu na futra. Oczyścić grunt z wieluwiekowych kości staje się wielce rzeczą trudną. Kupy gnoju od lat niepamiętnych zgromadzone około siedzib ludzkich władze każą zgromadzać w pewne miejsca a następnie palić. Długie miesiące przejdą. zanim te stosy zostaną spalone i powietrze się oczyści od przejmującego dymu, który wiatry roznoszą na wsze strony ku utrapieniu miejscowej ludności. W wielu miejscach wyrządzono nie małą szkodę ludności paląc nawóz, który tam szedł na użyźnienie gruntu, obawiając się, aby w nim nie wylągł się przecinek choleryczny, lecz natomiast pozbawiając mieszkańców, zanim cholera przyjdzie, chleba.

Na miejscach, gdzie niegdyś koczowali Mongołowie, dziś zbudowane są miasta i wsie tutejsze i pomimo tego, że grube warstwy kości zwierzęcych je uścielają, nie znać gnicia ani ich rozkładu. Kości tu nie gniją, lecz zsychają się, utracając organiczne swe części; rodzaj ten pruchnienia można prędzej nazwać mumifikacyą. Trupy ludzkie rzucone na pole, objedzone z części miękkich, w prędkim czasie przedstawiają szkielety stósowne do użytku; słońce i wiatr tak je pysznie bielą, jak może żadne środki sztuczne używane w muzeach anatomicznych. Brakowi wilgoci potrzebnej do rozkładu kości można przypisać, że pomimo takiego ich mnóstwa nie słychać tu nic o błędnych ognikach. O fakcie zaledwie jednym, pozostającym w niejakiej z nią łączności, choć odosobnionym i zagadkowym, chcę podzielić się z łaskawymi czytelnikami.

W Troickosawsku (r. Kiachcie), pogranicznem mieście obwodu zabajkalskiego z Mongolią, zbudowanem właśnie na gruzach kości zwierzęcych, które i na ulicach i do koła miasta swobodnie się walają, byłem jako konsultant wezwany do pewnej chorej pani P. Osoba ta lat 42, brunetka, o śniadej płci, ciemno-piwnych oczach i czarnych kruczych włosach, wzrostu niewielkiego, dosyć wątłej budowy, szczupła, Sybiraczka z urodzenia, pochodzi z rodziny kupieckiej, dotkniętej dziedzicznem usposobieniem newropatycznem. Rodzina chorej niegdyś była zamożna, następnie zubożała. Chora w 16. roku dostała peryodu, w 20. wyszła za mąż, w 30. roku owdowiała. Z natury od młodości była bardzo nerwową, miewała częste, mocne bóle i zawroty głowy, dochodzące aż do utraty przytomności, jak również obłędy przechodowe. Od lat 8 stan jej zdrowia zaczął się znacznie pogarszać wyrażając się w utrudnieniu chodzenia; od roku o tyle się posunął, że chora chodzić nie może zupełnie i nie opuszcza pościeli. Przyczynę pogorszenia się zdrowia przypisuje chora mieszkaniu, które przez ośm lat zajmowała z siostrą i z synem. Dom był stary, drewniany, piętrowy. Mieszkali na parterze; okna niewielkie na połowę w ziemi nadawały mieszkaniu wejrzenie ponure i smutne. Wilgoci w mieszkaniu nie było, lecz nigdy nie otwierano okien i przez to czuć się dawało w małych pokojach o niskich sufitach przy wielu zastawionych w nich sprzętach powietrze duszne i ciężkie. Mieszkańcy wyjątkowo chyba opuszczali swe pomieszkanie. Po 8 latach takiego życia w początkach października r. 1891 spostrzeżono pewne zjawiska, których nie umiano sobie wytłómaczyć a jakie, według pani P., ostatecznie zrujnowały jak jej, tak i jej siostry zdrowie. Zjawiska te widziano tylko w ich mieszkaniu, na piętrze ich nie spostrzegano. Był to blask ognia pokazujący się wszystkim dowolnie, w rodzaju tlejących ogników, widywanych wieczorami na podłodze w pokojach. Oprócz tego jak pani P., tak też jej siostra wywoływały podobny blask ognia i jakby sypiących się iskier przy tarciu ręką o podłogę, o kołdrę lub o jaki inny sprzęt, przyczem doświadczały wielce przykrego i denerwującego wrażenia. Nie doświadczali tego na sobie syn 17-letni i służąca, razem zamieszkali. Dwie kobiety, odwiedzające chorą panią P., mogły wywoływać niekiedy te zjawiska, choć nie zawsze. Innym osobom one nie udawały się. Wiele osób z miasta ciekawych przychodziło i widziało te mało wytłómaczone zjawiska, które były stwierdzone przez dwóch lekarzów miejscowych leczących panią P., Drów Szendrykowskiego i Pisarewskiego. Następnie stan zdrowia pani P. zaczął się znacznie pogarszać; siostra zaś jej, kobieta wielce nerwowa, dostała znacznych halucynacyj, które przeszły w pomięszanie zmysłów, co zmusiło je do zmienienia mieszkania w końcu listopada tegoż roku. Siostra pani P. w miesięcy kilka zakończyła życie. Zjawiska te zniknęły. Pani P. przyjeżdżała do swego dawnego mieszkania w celu przekonania się, czy będzie mogła powtórzyć zjawiska, lecz ich nie otrzymała więcej; od półtora roku zamieszkali w niem lokatorowie i nic też podobnego nie spostrzegali. Przy oględzinach chorej okazało się znieczulenie słabe wprawdzie, wyraźne w kończynach dolnych i górnych, niedowład ich, osłabienie odruchów i znaczne upośledzenie koordynacyi. Zanik nerwu wzrokowego w oku prawem, zezowatość rozbieżna, podwójne widzenie okiem lewem i utrudnienie połykania. Były to więc przypady u chorej wiądu (*tabes dorsualis*), choroby od lat wielu coraz bardziej u niej się rozwijającej.

Czy miało mieszkanie wpływ na jej rozwój i czemu przypisać również zjawiska dostrzegane w mieszkaniu? Jeżeli wpływowi rozkładu fosforowych części kości, to czem się da wytłómaczyć to, że nie wszyscy mogli te zjawiska sami powtórzyć, jak przychodzący tak i zamieszkali w tem mieszkaniu. Zjawisko to dziwne i trudne do wytłómaczena przy obecnym stanie wiedzy pozostaje ciemnem a rad będę, jeżeli koledzy zechcą wypowiedzieć swe zapatrywania się na jego istotę. Co do samej choroby wiądu, to klimat tutejszy, w wysokim stopniu kontynentalny, ma wpływ niemały na rozwój chorób rdzenia kręgowego, które stosunkowo często tu się spotykają i mają przebieg prędki.

Lecz wracam do wątku przerwanego listu co do asanizacyi Syberyi, którą energicznie prowadzi miejscowa administracya. Oprócz sanitarnych komisyj uorganizowanych przy samorządach miejskich istnieją jeszcze wyższe instancye po okręgach, komitety publicznego zdrowia je kontrolujące i wydające rozporządzenia pod względem zdrowia publicznego. Udzielona władza wyjątkowa miejscowym gubernatorom z powodu oczekiwanej cholery pozwala energicznie

używać wszelkich środków odnoszących się do oczyszczenia jak miast, wsi, tak też utrzymywania w czystości sklepów spożywczych i wszelkich handlów i miejsc publicznych. — Winnych w niewypełnianiu postanowień obowiązujących gubernator swą władzą bez apelacyi ma prawo osadzać w więzieniu do 3 miesięcy i karać grzywnami do 500 rs. Dzięki tej sile, jaką przez to posiada władza, rozporządzenia jej nie pozostają martwą literą. Wyjątkowo ciepłą mamy wiosnę; od miesiąca przeszło bywa w południe do +20° R., bez wilgoci, bo dotąd do połowy kwietnia od kilku miesięcy nie mieliśmy żadnego deszczu ani śniegu, jeśli na kilka godzin spadły śnieg parę razy można nazwać tem imieniem. Po wielkich stósunkowo przygotowaniach, asanizacyi miast i wsi, sprowadzeniu do walki z oczekiwaną epidemią studentów z Uniwersytetu Tomskiego, urządzeniu baraków cholerycznych, obstawieniu kwarantanami okolicy, oczekujemy cholery, która w gubernii Tobolskiej już na wiosnę znowu się pokazywała a o bliżej położonej Tomskiej dotąd wiadomości nie mamy. Bądź co bądź zrobiono tu wszystko co można dla walki z cholerą, rozrzucono wszędzie mnóstwo instrukcyj dla ludności i rady, jak się ma z tym gościem zachowywać a więc administracya na sumieniu nic mieć nie może

Najwyższem rozporządzeniem doszłem tu telegraficznie Syberya została uwolnioną od deportacyi, wyjąwszy kraju nadamurskiego; szczególnie Zabajkalia i wyspy Sachalinu; ściągać będą tem większą liczbę zesłanych, dotąd rozmieszczonych w różnych miastach Syberyi. Wszyscy spostrzegacze jednogłośnie i słusznie twierdzą, że tylko przestępcy chroniczni praktykujący przed zesłaniem profesye fałszerstw, kradzieży lub rozbojów i na dal gotowi są tem samem się trudnić, jeżeli możność się nastręcza. Zwykle uciekają oni z robót ciężkich, swobodnie przechodzą pieszo Syberyę o kawałku żebranego chleba i jeśli nie zostaną pojmani, dostają się do Rosyi europejskiej, gdzie jako włóczędzy, znani w urzędowym języku pod imieniem „brodiagów“, lub jako przestępcy recydywiści bywają schwytani i ponownie zsyłani do katorgi po dokonaniu nad nimi kary cielesnej. Takich kryminalistów chronicznych roboty ciężkie nie poprawiają. Inna rzecz z zesłanymi przypadkowymi zbrodniarzami, którzy popełnili występek pod wpływem uniesienia, pijaństwa lub chwilowego przechodowego obłędu; nie wnoszą oni destrukcyjnego i demoralizującego wpływu ani do więzień a tem mniej do miejscowego społeczeństwa, pośród którego następnie upływa ich życie. Przyjmują oni los swój zwykle z rezygnacyą i przeciw niemu nie szemrzą; przebywszy czas określony w robotach ciężkich, zamieszkawszy jako osiedleńcy oddają się nieraz pracy pożytecznej. Spotyka się ich często zajmujących się handlem, rzemiosłami a nieraz najmują się oni do usługi. Są między nimi i tacy, którzy doczekawszy się późnej starości, otoczeni rodziną umierają, zyskawszy sobie szacunek i poważanie miejscowego społeczeństwa. Ta część deportowanych zdaje się stwierdzać dowodnie, podtrzymując nieustanną walkę toczącą się pomiędzy jurystami i lekarzami, że ci ludzie, których chwilowe warunki od nich nieraz niezależne zrobiły przestępcami, nie mogą być psychologicznie poczytalnemi i że dla ich poprawy nie turm i robót ciężkich z całym atrybutem sądowo-prześladowczym potrzeba, lecz szkół poprawczych; w takim razie turmy przestałyby być szkołą kształcącą zbrodniarzy.

Istotnie, trzeba mieć wiele zasobów moralnych i siły charakteru, aby przeszedłszy turmę i roboty ciężkie nie uledz wpiywowi otoczenia i zachować ludzkie jeszcze zasady, A takich cichych i spokojnych pracowników z ekskatorżników spotyka się w Zabajkalii niemało. Jeden z nich, rodem z Charkowa, skazany naprzykład był za to, że zabił żonę, pchnąwszy ją na róg kufra; po przebyciu 8 lat w katordze służy jako stróż domu. Inny znowu z pod Niżnego Nowogrodu młodym chłopcem będąc, wespół z 13 innemi wciągnięty do kompanii w szynku, przyłożył rękę do zabicia nienawistnego we wsi koniokrada; po przebyciu 3 lat w robotach od lat 15 zajmuje się stolarstwem. Razu pewnego wszedł do mego mieszkania pewien człowiek po rosyjsku ubrany i zapytał, czy tu mieszkają „Polaki“. Okazał się litwinem z pod Rosień, przed 8 laty zesłanym do robót ciężkich za zabicie pod wpływem pijaństwa w szynku w bójce człowieka. Od trzech lat jest zwolnionym z robót i mieszka jako osiedleniec. Po litewsku zapomniał, nie nauczywszy się po rosyjsku. Przyszedł do miasta o wiorst przeszło 200 odległego, chcąc znaleść Polaka, aby mu powiedział, kiedy ksiądz będzie z objazdem rocznym; chce go zobaczyć, jak powiadał, bo od lat 8 nie widział a od lat trzech corocznie przychodzi i nie może trafić; teraz więc czekać tu postanowił. Większość zatem takich przestępców wymownie udowadnia, że niema okrzyczanego antropologicznego typu zbrodniarza Lombrosa.

Przestępców zahartowanych w zbrodni jako zbiegów schwytanych, wyćwiczonych wyśmienicie w prawach i karach do nich zastósowywanych, nie chcących odkryć swego nazwiska, nieraz lekarze zmuszeni są opatrywać, opisując fizyczną ich budowę, decydując, czy stan zdrowia pozwala ich pędzić pieszo, czy mogą wytrzymać chłostę. Bezczelność i cynizm tych zbrodniarzy przechodzą wszelkie granice; śmierć i życie najzupełniej im obojętne; stawiają je też ciągle na kartę. Oprócz fotografii, dziś w katorgach powszechnie używanej, bywają nieraz ślady i na ciele, które mogą zdradzać przestępcę. Spotykałem naprzykład na rękach i na nogach symetryczne blizny, prawdopodobnie od natarcia kajdan, na plecach od zadawanej chłosty. Dziś tę dawną osławioną katorgę syberyjską, znaną Europie z obrazów przesadnie nieraz malowanych, ożywił też pewien duch tolerancyi i przebaczenia dla występku, podobnie jak Pinel rozkuł i wyzwolił od prześladowania chorych umysłowych podczas rewolucyi francuskiej. I tu na krańcach cywilizacyi, dzięki wpływowi medycyny, na zbrodnię zaczynają patrzeć, jeżeli już nie jako na chorobę, to jako na przekroczenie przeciw socyalnemu ustrojowi społeczeństwa, kryjące się nieraz w nieznanej psychicznej naturze człowieka a z rozwojem nauki coraz trudniej postawić granicę, gdzie zdrowie a gdzie początek choroby? W miejsce więc zemsty nad nieszczęśliwymi, lecz bądź co bądź przestępcami dopuszczającymi się zbrodni, rozumiejącymi nieraz złe, lecz nie mogącymi się odeń powstrzymać, prawo stósuje litość i przebaczenie! I rzeczywiście zbiegi chętnie wracają do więzień i robót ciężkich w kopalniach Nerczyńskich, na karę do Petrowskiego zakładu i t. d., spotykając się z ludzkiem obejściem i pewnemi nawet wygodami, większemi nawet, niż w większej liczbie więzień rosyjskich. (C. d. n.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Na V. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie (11., 12. i 13 lipca) dalsze wykłady zapowiedzieli:

12) Dr. Kryński (z Krakowa): W sprawie zakażenia z powietrza.

13) Tenże: O antyseptyce w jamie brzusznej.

14) Prof. Mars (z Krakowa): Przedstawienie atlasu plastycznego operacyj ginekologicznych.

15) Prof. Rydygier (z Krakowa): Przyczynek do operowania raka sutka.

O dalsze zgłaszanie się uprasza *Prof. Rydygier.*

— Sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarzy lubelskich za rok 1891/92.

W roku sprawozdawczym a 18-tym istnienia, Towarzystwo nasze odbyło 10 posiedzeń zwyczajnych, jedno uroczyste dla wyboru zarządu i jedno nadzwyczajne. Głównym przedmiotem zajęć Towarzystwa w czasie posiedzeń była medycyna praktyczna. Ważniejsze prace, odczytane lub wypowiedziane na posiedzeniach, były następujące:

Kol. Biernacki: O finansowym rozwoju Towarzystwa. — Kol. Dobrucki: Poród bliźniętami. — Kol. Downar: 1) *Retinitis albuminurica.* 2) Ciekawy przypadek nadmiernego przyspieszenia skurczów serca. 3) Sprawozdanie okulistyczne z 6-go Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. 4) Sprawozdanie z doświadczeń Reussa i Lorenza dotyczących wyższości pisma pionowego nad skośnem ze względów higieny. — Kol. Jaczewski: 1) Epidemia tyfusu w r. 1891/92. 2) Zapalenie nerwów rozsiane. 3) Przyczynek do histeryi. — Kol. Janiszewski: Projekt powiększenia funduszów Towarzystwa. — Kol. Jaworowski: 1) Przypadek uwięźnięcia macicy tyłozgiętej. 2) Przypadek *fissurae sterni.* 3) Poród opóźniony płodu stłuszczałego. 4) Przypadek porodu nagłego. 5) Sprawozdanie z sekcyi ginekologicznej 6-go Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. — Kol. Klarner (z Bełżyc): Niejakie wskazówki co do chorobliwości pomiędzy naszą ludnością. — Kol. Olechnowicz: 1) Dwa przypadki skrytych postaci suchot płucnych. 2) Przypadek stałego zatkania dróg żółciowych. 3) Przypadek porodu nagłego. — Kol. Staniszewski: *Ulcus primitivum* na tylnej ścianie gardziela. — Kol. Tetz: Demonstracye reakcyj chemicznych przy badaniu soku żołądkowego. — Kol. Zagórski: 1) O leczeniu nowotworów złośliwych w przypadkach nie dających się operować. 2) O obrzezaniu przy zrośnięciu napletka z żołędzią. 3) O działaniu chlorku etylu.

W roku ubiegłym były bardzo liczne demonstracye chorych z rozmaitych gałęzi medycyny. Przeważna ilość była z działu chirurgii, demonstrowanych przed lub po operacyach przez koll. Zagórskiego i Dobruckiego. Z działu okulistyki demonstrował kilka rzadkich i ciekawych przypadków kol. Downar, z działu ginekologii kol. Jaworowski. Z działu medycyny wewnętrznej było także parę ciekawych demonstracyj chorób nerwowych.

Kol. Kwaśniewski, inspektor lekarski, zdawał sprawę z epidemij panujących na prowincyi i z przebiegu narad władz co do zbudowania kamery desinfekcyjnej dla szpitali miejskich i miasta.

Kol. Głogowski podnosił głos w kwestyi higieny praktycznej. Za jego inicyatywą utworzoną została komisya higieniczna, która opracowała parę projektów dotyczących asenizacyi miasta, z których jeden przedstawiony odnośnym władzom, natychmiast urzeczywistnionym został.

Na ostatniem posiedzeniu kol. Biernacki podniósł na nowo myśl utworzenia stałej komisyi higienicznej, wskazując drogę do uzyskania środków materyalnych — niezbędnych, ażeby komisya mogła rozwinąć swoją działalność na szerszą skalę.

Taki w streszczeniu jest obraz działalności Towarzystwa za rok ubiegły. Co do składu Towarzystwa, to ilość członków czynnych miejscowych pozostała bez zmiany, t. j. 26; członków honorowych 5, członków czynnych zamiejscowych 12 i członków korespondentów 17.

Dochód Towarzystwa wyniósł	rs.	355	k.	71
Wydatki	„	235	„	91
Pozostało	rs.	119	k.	80
Fundusz żelazny wynosi . .	rs.	332	k.	81

(*Medycyna*).

— Najświeższy (50) numer paryskiego dziennika lekarskiego *La médecine moderne* zawiera dokładne streszczenia dwóch prac umieszczonych niedawno w *Przeglądzie lekarskim*: Dra Bronisława Olszewskiego z oddziału prof. Pareńskiego w szpitalu św. Łazarza o działaniu przeciwpotnem płynnego wyciągu *hydrastis canadensis* u gruźliczych i Dra Watraszewskiego, lekarza naczelnego szpitala św. Ducha w Warszawie, o użyciu mydeł kalomelowych w miejsce szaruchy.

— W roku 1891 zmarło w cesarstwie niemieckim 40 osób na ospę, z których 6 było poddanych cesarstwa rosyjskiego, tak, iż na ludność właściwą Niemiec przypada tylko 34 przypadki śmierci. W ogólności przypadki śmierci z ospy u osób do lat 30 widziano tylko u nieszczepionych lub szczepionych tylko raz bez skutku. Osoby ze skutkiem rewakcynowane z wyjątkiem jednej chorowały na ospę tylko bardzo lekko.

— Jeneralny lekarz sztabowy Dr. Kraus przedłożył delegacyom wykazy śmiertelności w armii austrowęgierskiej za lata 1870 do 1889. W stosunku do roku i tysiąca stojących pod bronią umarło w r. 1870: 13·5, 1871: 13·4, 1872: 14·7, 1873 (cholera) 15·8, 1874: 11·8, dalej malała ciągle śmiertelność do roku 1878 i 1879, w których podniosła się z powodu zajęcia Bośnii i powstania w Dalmacyi do 12·4, względnie 12·8, wynosiła w r. 1880 8·9 a odtąd malała statecznie prawie ciągle i doszła w roku 1889 do 4·5. Cyfry te świadczą bardzo dobrze o trafności użytych do poprawy zdrowia żołnierzy środków.

— *Towarzystwo Lekarskie Warszawskie* podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1893/4 wakować będzie stypendyum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. Ignacego Gołębiowskiego, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgopolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarskiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzeczone stypendyum winni wnieść prośby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15. września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych w egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, Dr. *Brodowski.*

— W jednych koszarach monachijskich wybuchła epidemia duru brzusznego, która od 20. maja dotychczas wystąpiła w 250 przypadkach, z tych w 7 zakończyło się śmiercią. Uderzającą jest rzeczą, iż epidemia ta dotknęła tylko żołnierzy z jednego pułku i to pobierających jadło ze wspólnej, zresztą bardzo wzorowo urządzonej kuchni, nie wystąpiła zaś ani u żołnierzy innych pułków ani u podoficerów żonatych tegoż samego pułku, jadających atoli osobno ze swemi rodzinami. Ponieważ wszyscy żołnierze tych koszar używają tej samej wody a żywność zakupują z tychże samych źródeł, przeto epidemia ta jest całkiem zagadkowa. Pierwotne przypuszczenie, iż przyczyną epidemii mogłyby być konserwy jarzyniane, wydawane żołnierzom, upadło wobec tego, iż żołnierze innych pułków używają konserw z tejże samej fabryki i że do sporządzenia tych konserw potrzeba ciepła wrzącej wody; wiadomo zaś, że laseczniki durowe giną już z pewnością w ciepłocie 60—70° C. Epidemia ta zupełnie odosobniona obecnie znacznie już maleje.

— **Nekrologia**. W dniu 24. czerwca b. r. zmarł w Rabce Dr. Ignacy Porębowicz. Urodził się w Sosnowcu w Król. Polskiem 31. lipca 1863 r. Nauki lekarskie kończył w wszechnicy Jagiellońskiej, gdzie też 8. lipca 1887 r. otrzymał stopień Doktora wszech nauk lekarskich. Mając zamiar poświęcić się studyom zawodowym w zakresie chorób dzieci wstąpił na praktykę do szpitala św. Ludwika 1. września 1887. Sekundaryuszem I. mianowany 1. stycznia 1888, pełnił obowiązki gorliwie i sumiennie do 31. marca 1890. Od tego czasu praktykował w miesiącach letnich jako lekarz zdrojowy w Rabce.

Skromny, cichy i dobry zaskarbił sobie wnet poważanie i szacunek u ludzi; delikatnością i niepospolitym taktem umiał

i mógł zjednać sobie zaufanie i wziętość w szerokich kołach cierpiącej ludzkości. Jako specyalista w chorobach dzieci wiedział jak z niemi postępować; to też zawsze był od nich szczerze lubianym.

W gronie kolegów wysoko ceniony, pozostanie na zawsze w ich pamięci; przybyli też oni licznie z wieńcami na oddanie ostatniej przysługi.

Nad grobem przemówił w gorących słowach kolega Dr. Leonard Orzechowski z Tarnobrzegu, żegnając go w imieniu rodziny, świata lekarskiego, kolegów, przyjaciół i dzieci.

Cześć jego pamięci!

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 5-go lipca b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Zapowiedziany wykład kol. Mayzla; 2) kol. prof. Walentowicz będzie mówić o wartości dyagnostycznej malleiny; 3) Dr. Łucki z Oświęcima poda wiadomość o ciekawym przypadku choroby gorączkowej.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 29.919. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie opróżnioną jest posada Dyrektora szpitala; celem jej obsadzenia rozpisuje Wydział krajowy niniejszem konkurs:

Dyrektor pobierać będzie płacę o rocznych tysiąc sześćset (1600) zł. w. a. (3200 koron), będzie miał prawo do trzech dodatków pięcioletnich po trzysta (300) zł. w. a. (600 koron) i obowiązek mieszkania w szpitalu, jeżeli w tym celu da się w przyszłości uzyskać odpowiednie umieszczenie; obecnie zaś pobierać będzie Dyrektor rocznie sześćset (600) złr. w. a. (1200 koron) tytułem relutum na opał i mieszkanie, które powinno znajdować się w pobliżu szpitala.

Posada ta jest stałą i daje prawo do emerytury.

Podania o nadanie tej posady mają być wnoszone do Wydziału krajowego **najdalej do 15. sierpnia b. r.**

Do podania załączyć należy metrykę chrztu, względnie urodzenia, krótki życiorys, dyplom doktora medycyny i chirurgii, uzyskany na jednym z Uniwersytetów Monarchii austryackiej, oraz świadectwo, stwierdzające uzdolnienie kandydata i dotychczasową jego działalność w służbie szpitalnej; warunkiem otrzymania tej posady jest także znajomość języka krajowego.

Z Rady Wydziału krajowego
Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem księstwem Krakowskiem.

We Lwowie, dnia 13. czerwca 1893.

111—3—2 *Grott.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 8. Lipca 1893. Nr. 27.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z lecznicy chirurgicznej Drów Adolfa Grünbauma i Samuela Centnerszwera w Warszawie.

Kilka spostrzeżeń nad przerzutami złośliwych nowotworów, które pierwotnie rozwinęły się w narządzie płciowym u kobiet.

Skreślił

Dr. A. Grünbaum.

Aczkolwiek w patologii już oddawna wiadomo, że złośliwość raków i mięsaków podlega głównie na pojawieniu się, po upływie krótszego lub dłuższego czasu, w bliższych lub odleglejszych narządach albo tkankach przerzutów tej samej natury, dopiero w ostatnich czasach zaczęto badać drogi, jakiemi te ostatnie swoje odbywają wędrówki. Znajomość tych dróg może w chirurgicznej praktyce nadzwyczajną mieć wartość, szczególniej w tych przypadkach, w których przerzuty w odleglejszych pojawiają się organach. — Kwestya bowiem, czy ten lub ów przypadek raka należy jeszcze operować, ma zarówno dla chorego, jak i dla chirurga niemałe znaczenie. Ponieważ przypadki spostrzeżone przeze mnie mogą, z klinicznej przynajmniej strony, na daną kwestyę niemałe rzucić światło, przeto postanowiłem podać je do publicznej wiadomości.

Spostrzeżenie I. Dnia 28. października 1890 r. przybyła do lecznicy, przysłana do mnie przez kol. J. Handelsmana z Kutna, pacyentka L. E. z Łyszkowic ze skargą na nadzwyczajne ogólne osłabienie, objawy duszności i najzupełniejszy brak łaknienia. Z krótkiego listu, który chora przywiozła ze sobą od kol. H., dowiedziałem się, 1) że wspomniana pacyentka L. E. 52 lat, *nullipara*, cieszyła się do ostatnich czasów jak najzupełniejszem zdrowiem, 2) że pierwszy raz zgłosiła się do kol. H. przed 11 tygodniami ze skargą na nieokreślone zboczenia ze strony przewodu pokarmowego, 3) że przed 6 tygodniami wykazał u niej obecność znacznej ilości płynu w lewej jamie opłucnej, 4) że płyn ten, po wypuszczaniu go w ilości 1500,00, okazał się czysto surowiczym, i 4) że przed 8 dniami przekonał się, że u pacyentki tej istnieje w narządzie płciowym guz, prawdopodobnie złośliwej natury.

Badanie, przeprowadzone przeze mnie jeszcze tego samego dnia, pokazało, że mam przed sobą pacyentkę słusznego wzrostu, dobrej budowy ciała, z dosyć znaczną jeszcze warstwą tkanki tłuszczowej pod skórą, z brzuchem znacznie powiększonym w swojej objętości i wyraźnie chełbocącym i z obrzękłemi dolnemi kończynami. Ciepłota ciała była prawidłowa, tętno 94. Oddech przyspieszony 28—30 na minutę. Lewa połowa klatki piersiowej najmniejszego nie brała udziału w ruchach oddechowych. Odgłos wypukowy był na całym obszarze wspomnionej połowy klatki, z tyłu od grzebienia łopatki (*spina scapulae*), z przodu od 3. prawie żebra do samej prawidłowo dolnej granicy tego płuca, bezwzględnie tępy. Szmerów oddechowych również na całym tym obszarze nie można było się dosłuchać. W prawej połowie klatki objawy wypukowe i wysłuchowe były prawidłowe. Serce było odepchnięte nieznacznie w prawo. W jamie otrzewny, jak już wspomniałem, znajdowała się znaczna ilość płynu. Granice tępego i bębenkowego oddźwięku zmieniały się stosownie do położenia ciała. Brzuch na dotykanie nie był bolesny. Mocz nie zawierał w sobie białka. O zmianach anatomicznych, jakieby mogły istnieć w gruczołach brzusznych i innych narządach, w jamie otrzewny się znajdujących, z powodu obecności znacznej ilości płynu nic stanowczego nie można było orzec. Badając narząd płciowy znalazłem, że macica jest mała, że część jej pochwowa jest gładka i prawie w stanie zanikowym i że w przegrodzie pozapochwowej (*septum recto-vaginale*) znajduje się guz, wielkości gęsiego jaja, twardy, niebolesny i nieowrzodziały. Guz ten od strony odbytnicy miał postać wybitnie zrazikowatą. Gruczoły chłonne w fałdach pachwinowych nie były chorobowo zmienione. Po wypuszczeniu z jamy brzusznej, za pomocą nakłucia, przeszło 4000,00 płynu surowiczego, w włóknik nader bogatego, znalazłem obrzęk śledziony dosyć znacznych rozmiarów. Granice stłumienia tej ostatniej sięgały prawie do linii pępkowej. Dolna jej granica była usiana guzami wyraźnie zrazikowatemi, twardemi. Granice wątroby prawidłowe. Na dolnej powierzchni lewego zrazu można było wyczuć dwa oddzielne od siebie, nie wielkie guzy. W narządach małej miednicy nie mogłem wykryć żadnych zmian patologicznych. Mocz prawidłowy. Zupełny brak łaknienia. Odbijanie się. Stolec prawidłowy.

Opierając się tedy na wspomnianych danych, przyszedłem do wniosku, że pacyentka L. E. dotknięta jest charłactwem rakowem, że pierwotny nowotwór rakowy rozwinął się niewątpliwie w przegrodzie prostnico-pochwowej, w której, najmniejszych nie wywołując zakłóceń, istnieje już od dawna, i że, po pojawieniu się przerzutów w lewem prawdopodobnie płucu, śledzionie i wątrobie z następnemi, ogólnemi zboczeniami, dopiero — i to być może przypadkowo — wykryto jego obecność. Ponieważ pacyentkę tę uważałem za nienadającą się do operacyi, przeto też odesłałem ją z powrotem do domu, gdzie podobno po upływie dopiero kilku miesięcy zmarła.

Spostrzeżenie II. Pacyentka W. L. ze Sławatycza przysłaną została do naszej lecznicy przez Prof. Kosińskiego dnia 8. marca 1892 z rozpoznaniem: *Tumor malignus in cavo pleurae sinistrae.* Wywiady: Pacyentka 44 lat wieku zaczęła menstruować w 15. roku życia. Menstrua te odbywały się do zeszłego roku dosyć prawidłowo; w przeciągu tego ostatniego roku pojawiły się tylko dwukrotnie. Rodziła 7 razy. Poroniła dwa razy. Przed 5 laty wyłuszczył u niej Prof. Kosiński z lewego gruczołu sutkowego ruchomy guziczek nieznacznej wielkości, gruczolak. — Żadnych innych chorób, o ile tylko pamięta, nie przechodziła. Przed ośmiu tygodniami zachorowała prawie nagle na znaczną duszność, bez kaszlu, gorączki i bólu. Jeden z kolegów lubelskich, do którego udała się po poradę, uznał to za zapalenie opłucny po lewej stronie, z dużym wysiękiem. Wypuszczony płyn, ile mogła określić, był, jak zauważyła, mocno czerwony. Ponieważ po upływie trzech dni płyn ten na nowo w pierwotnej zebrał się ilości a duszność w jeszcze większym wystąpiła stopniu, przeto też dla dalszego leczenia się przybyła do Warszawy. Tu leczący ją kolega podobno znowu dwukrotnie aspirował zebrany płyn zapomocą aparatu Potaina, przyczem wypompowano go za każdym razem w dosyć znacznej ilości. Płyn ten był zawsze mocno czerwony.

Prof. Kosiński, który ją następnie widział, opierając się na istniejących w obecnej chwili danych klinicznych i na wspomnianych wywiadach, tyczących się wyłuszczonego guza z lewego gruczołu sutkowego, przyszedł do przekonania, że zebrany u tej pacyentki płyn w lewej jamie opłucnej nie jest pochodzenia zapalnego, lecz że jest przesiękiem, powstałym w skutek uformowania się w tkance opłucnej ściennej recydywy byłego, niewątpliwie złośliwego nowotworu. Dla tego też przysłał ją do naszej lecznicy, w której postanowił wyłuszczyć domniemany guz za pomocą resekcyi odpowiedniego odcinka żeber i opłucnej.

Zbadawszy ją więc, po zebraniu tylko co podanych wywiadów, znalazłem dodatkowo jeszcze, że część pochwowa macicy, względnie tylna jej warga przedstawiała się w postaci twardej, niebolesnej, zrazikowatej i nieowrzodziałej guzowatości, wielkości orzecha włoskiego. (*Carcinoma portionis vaginalis uteri*). Sama zaś macica, prócz zmiany w anatomicznem położeniu — *retroflexio* et *retroversio sin.* — nie przedstawiła żadnych zboczeń patologicznych. Ponieważ dobrze pamiętano o gruczolaku wyłuszczonym z lewego sutka, który mógł i rakowe zawierać w sobie ogniska, przeto też przypuszczano, że daleko prawdopodobniejszem jest istnienie genetycznego związku między rozpoznanym nowotworem w jamie opłucnej a byłym guzem w gruczole, niżeli z istniejącym obecnie rakowatym tworem w części pochwowej macicy. Również przypuszczano, że można będzie domniemany ten guz, jak już wspomniałem, usunąć doszczętnie. W tym też celu 9. marca 1892 r. przystąpił Prof. Kosiński do wspomnianego rękoczynu. Po wyresekowaniu jednak odpowiedniego kawałka ósmego żebra, między linią pachową a linią łopatkową, otworzeniu jamy opłucnej i wypuszczeniu około 2000,00 płynu surowiczo krwawego, pokazało się, że cały dolny zraz lewego płuca zmieniony jest w masę nowotworową, na której mnóstwo znajduje się kalafiorowatych narośli, i że ten zraz na całej dolnej powierzchni mocno zrosły jest z przeponą. — Drobnowidowe badania wyciętego kawałka pokazało, że mamy do czynienia z nowotworem rakowym. Samo przez się rozumie się, że o usunięciu w danem miejscu guza takich rozmiarów nie mogło być i mowy. Chorą przeto, po wprowadzeniu do klatki piersiowej drenu, opatrzono. Wyciek przez ranę surowiczo-krwawego płynu był tak znaczny, że co kilka godzin trzeba było całkowicie zmieniać opatrzenie. Stan operowanej bardzo szybko w tak rozpaczliwy sposób się pogorszył, że już następnego dnia nastąpił nadzwyczajny upadek sił z ledwie wyczuwalnem tętnem, z bardzo częstym i nader powierzchownym oddechem a 11. marca 1892 chora ta zmarła wśród objawów zapadu. Pośmiertnego badania zwłok nie z mojej, rozumie się, winy nie wykonano.

Spostrzeżenie III. H. R. z Warszawy przybyła 20. sierpnia 1890 do naszej lecznicy z polecenia kol. Bukowskiego w celu podania się owaryotomii. Zebrane wtedy wywiady przedstawiły, co następuje: H. R. wdowa, 40 lat wieku, czuła się do ostatnich czasów zupełnie zdrową. Menstrua, które rozpoczęły się w 16. roku życia, odbywają się po dziś dzień zupełnie prawidłowo. Rodziła 6 razy. Ostatni połóg odbyła przed 7 laty. Od sześciu miesięcy spostrzega u siebie powolne i stopniowe powiększanie się brzucha. Przed trzema tygodniami zachorowała nagle na mocne w tym ostatnim bóle, z gorączką i wymiotami. Choroba ta trwała dziewięć dni. Ponieważ objętość brzucha w ostatnich czasach znacznie się powiększyła a bóle w krzyżu były nadzwyczaj mocne i bardzo ją męczyły, przeto chora postanowiła poddać się operacyi.

Badając ją tego jeszcze dnia wspólnie z kol. Bukowskim, przekonaliśmy się, że znajduje się niewątpliwie w jamie brzusznej torbiel wielokomorowy, z lewego wychodzący jajnika. Torbiel ten dawał wyraźne, ale zawsze ograniczone chełbotanie i mieścił się przeważnie w lewej stronie brzucha. Macica była bardzo wysoko podniesiona, mało ruchoma i nieznacznie zwrócona w tył i na lewo. Przez tylne sklepienie można było wyczuć małe wypuklenia na tylnej powierzchni wspomnionego guza. Podczas badania, ostatnio przez kol. C. wystąpiły objawy wewnętrznego krwawienia, które jednak przy absolutnym spokoju i położeniu pęcherza z lodem na brzuch ustąpiły rychło. Następnego dnia, t. j. 21. sierpnia 1890, wykonał kol. B. wskazaną owaryotomię, przyczem po otwarciu jamy otrzewny, spostrzeżono, że oba jajniki były torbielowato zwyrodniałe, że guz lewego jajnika był wielkości główki dziecięcej a prawego jajnika małego jabłuszka, że przednia powierzchnia większego guza zlepiona była na całej przestrzeni z otrzewną brzuszną, że na zewnętrznej powierzchni tego ostatniego znajdowało się kilka mniejszych torbieli, z których jeden pękł niewątpliwie poprzedniego dnia podczas badania i wywołał owe wspomniane, wewnętrzne krwawienie, że oba te torbielowate guzy miały charakter miąższowy, że na wewnętrznej powierzchni większego torbiela znajdowały się rozsiane guziczki, różnych rozmiarów, w dosyć znacznej ilości i że oba te guzy, jak pokazało badanie anatomiczne, zawierały w sobie wrzecionowate komórki mięsakowe.

Po wyjęciu jeszcze z jamy Douglasa dosyć dużego, okrągłego i spłaszczonego skrzepu krwi, który uformował się niewątpliwie poprzedniego dnia, zeszyto ranę brzucha i opatrzono chorą. Pacyentka ta 14 dnia po operacyi wypisała się z naszej lecznicy jako zupełnie zdrowa.

Na zasadzie więc tylko co opisanych anatomicznych danych określono, że mamy przed sobą torbielomięsaki (*cystosarcomata*) jajników. Rokowanie przeto w tym przypadku nie mogło być pomyślnem, co też bardzo wyraźnie oświadczono jej otoczeniu. Recydywa jednak na szczęście dla pacyentki nie tak rychło nastąpiła. — Przez całe 18 miesięcy operowana ta jak najlepszem cieszyła się zdrowiem.

Po raz drugi widziałem pacyentkę tę 21. marca 1892 r., wezwany do niej w celu obejrzenia guza, który uformował się na lewej połowie klatki piersiowej. — Badając ją wtedy, spostrzegłem na wspomnianej stronie klatki piersiowej guz podłużny, jajowaty, wielkości sporej gruszki, twardy, mało bolesny, nieruchomy i mocno tętniący. Kierunek jego był skośny od góry i zewnątrz na dół i wewnątrz, zaczynając się od trzeciego żebra na 2 cm. na zewnątrz

od linii sutkowej lewej i kończąc się mniej więcej na środku piątego przestworu międzyżebrowego. Skóra nad guzem była koloru prawidłowego i nieznacznie napięta. Gruczoły w pachwinie były jeszcze swobodne. Czynność wewnętrznych narządów klatki piersiowej w niczem nie była upośledzona.

Na zasadzie tylko co wspomnionych danych i znanych sobie wywiadów rozpoznałem kościomięsak (*osteosarcoma*) 3. lub 4. żebra pochodzenia prawdopodobnie przerzutowego. — Rokowanie więc co do życia, tem bardziej co do wyzdrowienia wydawało mi się arcyniepomyślnem, co też w bardzo jasny sposób wytłomaczyłem rodzinie. Po upływie mniej więcej miesiąca czasu zgłoszono się znowu do mnie z prośbą, żebym ją do naszej przyjął lecznicy, gdyż Prof. Kosiński na usilne prośby samej pacyentki i domaganie się całej rodziny zgodził się ostatecznie wyłuszczyć u niej wspomniony guz. Ostatni ten zabieg operacyjny wykonano u nas w lecznicy 25. kwietnia 1892 r. Wspomnę tu dodatkowo, że wtedy nowotwór przedstawił się znacznie powiększonym, że tętnienie w nim stało się daleko wyraźniejszem i że gruczoły chłonne *in fossa axil. sin.* były już nowotworowo zwyrodniałe. Sposobu, w jaki dokonano tego zabiegu operacyjnego, nie myślę tu opisywać. Nadmienię tylko, że razem z guzem wyłuszczono również gruczoły chłonne z pachy i wyresekowano znaczne odcinki 3. 4. i 5. żebra, które w tem miejscu tak były zniszczone, że zaledwie szczątki po nich pozostały. Przebieg pooperacyjny był, mimo, że dziesiątego już dnia, t. j. 5. maja 1892 r. chora wypisała się z naszej lecznicy z zagojonemi w miejscach zeszytych ranami, arcyniepomyślny. — Recydywa bowiem w pasze pojawiła się bardzo rychło, przyczem nowy ten guz na całej swojej powierzchni był tak obficie w naczynia zaopatrzony, że od czasu do czasu, wskutek pęknięcia któregokolwiek z nich, nadzwyczaj groźne występowały krwotoki. Oprócz tego muszę jeszcze wspomnieć, że w następstwie rozwinął się niewątpliwie przerzut w wątrobie. Straszne bowiem bole w prawem podżebrzu, jakie pojawiły się w kilka tygodni po operacyi, i guzowatość na dolnej powierzchni prawego zrazu wątroby, zbyt jasno przemawiały za tem, że i w tej ostatniej rozwinął się guz tej samej natury. Czy nowotwory te odnowiły się w pozostałych, po wyłuszczeniu torbielo-mięsaków jajników, szypułach, nic stanowczego powiedzieć nie mogę. Przekonałem się tylko, badając chorą kilka razy pod tym względem, zarówno przez powłoki brzuszne, jak i przez pochwę, że dający się wyczuć nad spojeniem łonowem z lewej strony brzucha mały, twardy guziczek, rozwinął się niewątpliwie w lewej połowie macicy. Nieszczęśliwe to istnienie trwało jednak do 7. lipca 1892 r. którego to dnia chora przy objawach nadzwyczajnego wycieńczenia zmarła. Autopsyi nie było. (Dok. nast.)

II. W sprawie krwotoków płucnych.

(Według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa lek. krak.)

Podał

Prof. Dr. Gluziński.

(Dok. Patrz Nr. 26).

Wobec tego rezultatu doświadczeń należy nam się obecnie zapytać, czy i o ile wyniki te dają podstawę do wytłómaczenia zjawisk klinicznych, poprzednio opisanych? Zdaniem mojem dają one podstawę i to dostateczną. Wykazują one bowiem, że nawet krew zupełnie prawidłowa w płucu zdrowem wywołuje zmiany, które aż nadto tłómaczą obraz kliniczny pod II) opisany a przecież przyjąć łatwo, że krew nieprawidłowa w płucu chorobowo zmienionem jeszcze łatwiej uczynić to jest w stanie. Przekonałem się o tem w szeregu doświadczeń na królikach, w których wywoływałem n. p. zrosty opłucnowe przez wstrzykiwanie do jamy opłucnowej nalewki jodowej (*tra jodi*), a następnie wlewałem krew w sposób wyżej opisany i w których po 3 tygodniach obok innych zmian, które należą do zmian w innej pracy ogłosić się mających, wykrywałem w pęcherzykach płucnych ciałka czerwone krwi, prawie nie zmienione, gdy w prawidłowych już po 6—8 dniach po większej części ich niema. Podobny fakt stwierdzałem w płucach królików, którym szczepiłem poprzednio jad gruźliczy. Krew zatem w płucach chorobowo zmienionych nie ulega wessaniu tak łatwo a jeżeli względnie krótki jej pobyt w płucach zdrowych może sprawić zmiany wyżej opisane, o ile to łatwiejsze tam, gdzie ona dłużej zostaje w warunkach płuca nieprawidłowych.

Z doświadczenia klinicznego i anatomo-patologicznego wiemy dalej, że zmiany opisane w płucach, jak złuszczenie nabłonka i przybłonka, zmiany nieżytowe w drobnych oskrzelikach, stany niedodmy płuc a ztąd zwykle stagnacya w tych miejscach wydzieliny i wynikające ztąd zboczenia w krążeniu usposabiają do zmian dalszych, stanowią podatną glebę do przyjęcia n. p. zarazków.

Już Koch[1]) w pracy swej wspomina, że dla osiedlenia się n. p. prątka gruźliczego, te miejsca w płucu są najdogodniejsze, w których jest stagnacya wydzieliny, lub w których toczą się sprawy, które wywołują podobną stagnacyę. Jak dla prątka gruźliczego stwierdził Koch tę okoliczność, tak samo doświadczenie uczy, że ma ono równe znaczenie i dla zarazka zapalenia płuc. Wobec tego, jeżeli weźmiemy konkretny przypadek nacieku gruźliczego płuca, w przebiegu którego wystąpił odpowiedni krwotok a część wylana krwi dostała się do pęcherzyków płucnych, to łatwo pojąć, że stósownie do warunków, jakie w tem płucu panują, krew albo bez widocznych następstw zostaje wessaną albo doprowadza do zmian, jakie podaliśmy opisując doświadczenia na zwierzętach, lub sprawy te dają podstawę do przyjęcia zarazka zapalenia płuc lub gruźlicy, które to zmiany jedna pomagając drugiej, pomyślniej lub mniej pomyślnie przebiegają dla dotkniętego. Szukać tych zarazków nie potrzeba, boć one znajdują się w płucu i razem ze krwią mogą być aspirowane z treści ognisk chorobowych do wolnych dotychczas części płuc a wobec zmiany wywołanej przez wylaną krew, wobec stagnacyi wydzielin w tych miejscach, łatwo mogą rozpocząć swoje działanie.

Wielką rolę grają tu bezsprzecznie warunki płuca, czy to mocne zrosty opłucnowe, czy sprawy interstycyalne upośledzające wessanie wylanej krwi; obecność wydzieliny czy to w jamach czy oskrzelach i wreszcie ilość wylanej krwi. Z doświadczenia wie każdy z nas, że po mocnym krwotoku najczęściej przychodzi do zmian następowych, że ci to chorzy najczęściej dają obrazy czy to zapaleń, które się rozchodzą lub też nie — dając powód do rozszerzenia się sprawy gruźliczej lub wywolując nieraz obraz *phthisis floridae.* Obraz ten ostatni najniepomyślniejszy dla chorego, obchodzi nas tu jeszcze o tyle, że w ostatnich czasach zwrócił na niego uwagę Bäumler[1]) w artykule p. t. *Ueber eine besondere, durch Aspiration von Caverneninhalt hervorgerufene Form acuter Bronchopneumonie bei Lungentuberculose.* U człowieka dotkniętego nieraz nieznacznemi zmianami gruźliczemi w płucach, często nie zdradzającemi się żadnymi objawami, a więc cierpieniem miejscowem w dwojaki sposób może nastąpić dość nagle zwrot bardzo niepomyślny. Raz nastaje przez

[1]) Die Aetiologie der Tuberculose etc. 1884.

dostanie się prątków gruźliczych do ogólnego obiegu krwi rozsianie gruzełków, gruźlica prosówkowa (*tuberculosis miliaris*), przedstawiając obraz klinicznie już to choroby ostrej, zakaźnej, już to choroby mózgowej i t. d. stósownie do usadowienia się gruzełków — drugi raz sprawa odbywa się ostro tylko w płucach, gdy obok lub bez rozsiania gruzełków po płucu rozwijają się sprawy zapalne w płucach zwykle z wysoką gorączką i ten przebieg daje nam obraz znany pod nazwą suchot galopujących (*phthisis florida*).

Objawy ze strony płuc występują tu na pierwszy plan a poprzedza je i często im towarzyszy, jak na to słusznie zwraca uwagę Bäumler, najczęściej obfite plucie krwią. Zwykle zmiany te zapalne obejmują rozleglejsze obszary, występują płatowo lub rozpoczynając się od zrazików zlewają się ze sobą; rzadziej jednak występują jako ogniska zrazikowe po całych płucach rozsiane i jako takie pozostając do końca życia, które też długo nie trwa, bo sprawa kończy się bardzo rychło. Na tę ostatnią formę zwraca uwagę Bäumler we wspomnionym artykule, przytaczając przykłady i wyniki sekcyj, które nas tu zająć muszą w krótkości. U ludzi najczęściej młodych, na pozór zupełnie zdrowych lub uważanych za wyleczonych po nasilonych ruchach lub wykroczeniach, n. p. *in Baccho*, nastawało mocne krwioplucie lub obfity krwotok płucny, wkrótce potem wysoka gorączka; w płucach z początku skąpe, potem coraz obfitsze drobne rzężenia a później odgłos wypukowy bębenkowo-przytłumiony w rozmaitych częściach płuc. Wśród zwiększania się duszności i wysokiej gorączki, nieraz już po 10 dniach śmierć. Sekcya wykazywała rozsiane ogniska zapalne w płucach (nie gruzełki) a w szczytach jednym lub obydwóch, stare małe lub większe jamy otoczone bliznowatą tkanką, z których, jak przyjmuje Bäumler, wśród forsownego ruchu lub głębokich wdechów podczas krwotoku, treść ropna do najdrobniejszych oskrzeli była aspirowaną a zawierająć rozmaite mikroorganizmy dała powód do opisanych zmian zapalnych; dlatego też Bäumler nazywa te zmiany *pneumonia per aspirationem* (*Aspirations-pneumonie*).

Podobne przykłady mógłby przytoczyć każdy z nas. Zachodzi tu jednak ważne pytanie, pytanie, które roztrząsa i Bäumler, a które skłoniło mnie do poruszenia tego w niniejszym artykule, t. j. jakie okoliczności wpłynęły na taki przebieg. Bäumler sam zwraca uwagę, że pewną predyspozycyę dawać mogą połączenie jamy z dużym oskrzelem, sposób połączenia z tym oskrzelem, rodzaj treści jamy, zrosty opłucnowe i t. d. Z drugiej strony wiemy, że u gruźliczych wystąpienie spraw zapalnych i szerzenie się samych ognisk gruźliczych przez aspiracyą treści z jam lub oskrzeli jest zjawiskiem częstem, tak samo i w rozstrzeniach (*bronchiectasiae*) oskrzelowych, jednak rzadko z tak szybkim przebiegiem, jak w przytoczonych przypadkach. — Dlaczego? „Dla rozjaśnienia tej różnicy w przebiegu spraw zapalnych wywołanych tym samym mechanizmem, powiada Bäumler uciekać się do przypuszczeń, niema żadnego znaczenia. Bakteryologia z czasem da na to odpowiedź“. Czy w tym jednak tylko względzie należy szukać wytłómaczenia? Sądzę, że nie; sądzę, że tu trzeba zwrócić uwagę i na jeden szczegół, za mało może uwzględniony przez Bäumlera, t. j. na sam obfity krwotok, który wystąpił we wszystkich tych przypadkach. Krew wylana, jak z doświadczeń moich wynika, nie jest czynnikiem obojętnym, sama przez się zdrowa w płucu zdrowem już jest w stanie zmiany wywołać a cóż dopiero krew zmieniona, w płucu chorem obficie wylana, czy nie może stworzyć warunków gruntu nader korzystnego do bujania dla tych samych bodźców chorobowych, które w innych okolicznościach nie tak dla siebie korzystnych, słabiej też rozwiną swoje działanie.

Zmiany wykazane przez moje doświadczenia a zwłaszcza długie pozostawanie ciałek krwi w płucach chorobowo zmienionych, rozwijanie się łatwe niedodmy w miejscach zajętych przez krew wylaną, powstawanie spraw nieżytowych w najdrobniejszych oskrzelikach obok wartości teoretycznej objaśniającej przebieg kliniczny, mają pewne znaczenie praktyczne, dając nam pewne wskazówki, których trzymaćby się należało w leczeniu krwotoków płucnych.

Leczenie to dzielić się musi na dwie części. Z jednej strony opanować sam krwotok, z drugiej zapobiegać jego następstwom.

O ile na pierwszy akt wytężamy wszystkie siły a stósownie do przyczyny krwotoku raz skutecznie, innym razem stoimy bezsilni, o tyle na drugie zadanie nasze mało zwracamy uwagi a nieraz myśląc tylko o pierwszym wobec drugiego popełniamy błędy. Bezwzględny spokój, leżenie chorego na wznak, zakazanie mówienia, powstrzymywanie więc należytych ruchów oddechowych i wentylacyi płuc, podawanie narkotyków w dosadnej ilości dla zapobiegania kaszlowi, temu naturalnemu czynnikowi do wydobycia z dróg oddechowych nagromadzonych wydzielin — o ile są wskazane wobec krwotoku samego, o ile są wskazane w każdem krwiopluciu nawet nieznacznem, tego przewidzieć nigdy nie możemy, czy nie przyjdzie do większego, groźnego wprost dla życia chorego — o tyle po większym krwotoku jak najwcześniej, ile tylko można, drogę tę opuścić należy, by przez zmianę położenia, swobodne ruchy oddechowe, kaszel a więc i wykrztuszanie wprowadzić w grę czynniki zapobiegające, względnie ułatwiające rozejście się powstałych zboczeń. Nie tajną mi jest trudność w ocenieniu chwili stosownej, od której to postępowanie należy rozpocząć, by nie sprowadzić powtórnego krwotoku.

Rzecz potrzebowałaby wielkiego materyału, by uzyskać bliższe wskazówki; jest to zadaniem więcej zbiorowej pracy i powołani są szczególniej do niej dyrektorowie specyalnych oddziałów lub zakładów.

Z moich dotychczasowych obserwacyj mógłbym jedną kategoryę przypadków wyróżnić, w których śmiało (w 1—2 dni po krwotoku, t. j. po ustaniu wydobywania się świeżej krwi) należy zastósować ten sposób postępowania. Są to przypadki tyczące się przeważnie indywiduów młodych z początkowemi zmianami, gdzie i badanie rozpadu nie wykazuje i doświadczenie poucza, jak prace Rindfleischa stwierdziły, że przyczyną tych krwotoków początkowych są zmiany gruźlicze w ścianach włosowatych naczyń tętnicy płucnej, w których jako nie mających rozgałęzień, łatwo skrzep się wytwarza. Są to tak zwane krwotoki początkowe, nieraz dość obficie występujące, gdzie leczenie w sposób dotychczasowy, t. j. bezwzględny dłuższy spokój, z leżeniem na wznak upośledzającem ruchy klatki piersiowej i tak już zwykle niedostateczne do dobrej wentylacyi płuc, boć to najczęściej klatka piersiowa porażna ze słabym rozwojem mięśni; zakazanie mówienia, wstrzymywanie morfiną wszel-

---

[1]) Deut. med. Woch. Nr. 1. 1893.

kiego kaszlu z dodatkiem sporyszu zwężającego naczynia i przyczyniającego pracy sercu i tak już osłabionemu upływem krwi i psychicznym stanem chorego są w tych razach, zdaniem mojem, wprost czynnikami szkodliwymi, sprawiającymi nieraz następnie groźniejsze skutki, niż sam dość obfity krwotok.

Przez dłuższy czas sądziłem, że myśl podniesiona przeze mnie jest nową; przerzucając literaturę tego przedmiotu przekonałem się jednak, że *nihil novi sub sole,* bo podobne zapatrywania, do których doszedłem przez obserwacye kliniczne i doświadczenia na zwierzętach, wypowiedział już przed laty 18 Dührssen [1]), lekarz w Mentonie, opierając się na obserwacyi klinicznej.

Sądzę, że na podstawie opisanych doświadczeń na zwierzętach, można zwrócić również uwagę chirurgów a szczególnie laryngologów, że przy operacyach krtaniowych, a szczególnie mam tu na myśli tracheotomią w dławcu, należałoby baczyć, by jak najmniej krwi dostawało się do płuc, nie już tylko dla uchylenia niebezpieczeństwa natychmiastowej śmierci z uduszenia, ale dla zapobiegania zboczeniom następowym, mogącym tem łatwiej powstać w płucu dziecka, u którego wykrztuszenie utrudnione a sprawa n. p. w krtani i tak ma już dążność do wywoływania zmian w płucach.

[1]) Deut. Arch. f. kl. M. S. XVI. 1875. str. 393.

III. Jeszcze w sprawie trzebienia w róży zgorzelinowej moszen.

Podał
Dr. L. Gąsiorowski,
lekarz więzienny w Stanisławowie.

Przypadek róży zgorzelinowej moszen bez wytrzebienia, ogłoszony w Nrze 25. *Przeglądu lekarskiego*, skłania mnie do kilku uwag, o których umieszczenie tem śmielej upraszam Szanowną Redakcyę, ile że autor tego artykułu odwołuje się w nim do mego przypadku ogłoszonego w Nrze 19. *Przeglądu lekarskiego.*

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że i dla mnie myśl o kastracyi i następowem kalectwie mego chorego wcale nie była ponętną i nie wiele przemawiała do przekonania, ale okoliczności, które w Nrze 19. *Przegl. lek.* przytoczyłem, przechyliły nareszcie szalę na stronę kastracyi, za którą oświadczył się również i drugi kolega, który chorego przed operacyą widział i badał.

Przypadek kol. Rutkowskiego, jakkolwiek bardzo podobny do mego, przecież różnił się od niego pod niejednym względem. I tak chory mój był o 10 lat starszy, jest ojcem 2 żyjących dzieci a nadto ma jeszcze przed sobą kąrę 2-letniego więzienia tak, iż w chwili wyjścia z zakładu karnego będzie miał blisko 50 lat. Wobec tego zdaje się, nie wiele sobie ważył kalectwo, o którego doniosłości dobrze wiedział, skoro sam domagał się kastracyi.

Co się tyczy długiego ropienia, którego się obawiałem, twierdzi kol. Rutkowski, iż jest to powód dosyć ważny dla lekarza, ale dodaje zarazem, że pod tym względem liczyć się trzeba z życzeniami chorego i otaczających. Otóż pod tym ostatnim względem, jak już nadmieniłem, zastósowałem się właśnie do życzenia chorego, domagającego się wytrzebienia. Obawa zaś moja długiego ropienia była aż nadto usprawiedliwioną, wobec zupełnego zniszczenia moszen i u chorego więźnia, który pozbawiony już przez 6 lat wolności i pozostający nadal pod wpływem różnorodnych, dla zdrowia niekorzystnych okoliczności z uwięzieniem połączonych, nie dawał wcale rękojmi, że tak znaczny ubytek na jądrach szybko goić się będzie, jak to mogło być u znacznie młodszego, wolnego i u siebie w domu leczącego się chorego kol. Rutkowskiego.

Przypadek kol. R. byłby o wiele bardziej pouczającym, gdyby był dłużej obserwowany, gdyby mianowicie sprawdzono, jak się zachowuje i nadal zachowa czynność jąder. Samego bowiem ich zabliźnienia nie można jeszcze uważać za pomyślny skutek leczenia a następstwa, których kol. R. obawiał się, i których ja u mego chorego obawiałem się, a o co tu głównie chodzi, mianowicie zanik i utrata funkcyi a być może i newralgia jąder wskutek ucisku starzejącej się i ściągającej się bliznowatej tkanki, z zabliźnieniem się jąder bynajmniej usunięte nie zostały.

Nie moją jest rzeczą i nie kuszę się wcale rozstrzygać, czy wobec zupełnego zniszczenia jąder, jak to było u mego chorego, w każdym przypadku lepiej jest pozostawić chorego swemu losowi, oczekując w najlepszym razie pokrycia się jąder blizną, wielce prawdopodobnego ich zaniku a może i nerwobólów, czy też robić kastracyę. Sądzę jednak, że, jak zawsze tak i tutaj, każdy przypadek indywidualizować należy, uwzględniając w takich razach wiek, stósunki rodzinne, stanowisko społeczne a wreszcie życzenie chorego, który powinien być dokładnie pouczony o wszystkich możliwych i prawdopodobnych korzystnych i niekorzystnych następstwach jednego i drugiego sposobu leczenia. Jak w przypadku kol. R. wiele okoliczności przemawiało za zachowawczem leczeniem, tak znowu u mego chorego więcej było powodów do kastracyi, która zdaniem mojem zupełnie była usprawiedliwioną i naukowo uzasadnioną.

IV. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

O leczeniu gruźliczego zapalenia pęcherza moczowego.

Po wiewiórze gruźlica jest najczęstszą przyczyną zapalenia pęcherza moczowego u dorosłych.

W pierwszych okresach, gdy choroba jeszcze nie postąpiła daleko, mamy przeciw niej dwojakie środki: ogólne i miejscowe.

Do pierwszych należą pobyt na Południu, bardzo obfite żywienie się, regularny tryb życia a z leków tran rybi z kreozotem.

Co do drugich, używano i używa się azotanu srebrowego, kwasu borowego, kreozotu, naftolu, kwasu mlekowego, jodoformu; wszystkie te jednak środki okazały się w końcu nie tylko nieskutecznemi, ale nawet wprost szkodliwemi, ponieważ pęcherz w ogólności jest bardzo wrażliwy na ciała obce, więc i przeciwgnilne, które go drażnią i sprawiają w nim przekrwienie, tak ważne w przebiegu zapalenia tego organu.

Wobec takiego stanu rzeczy spróbował prof. Guyon sublimatu, który jest dzielnym środkiem przeciwgnilnym i działa z jednej strony na samą przyczynę choroby, t. j. prątki gruźlicze, z drugiej na pierwociny ropotwórcze, mogące się znaleść w pęcherzu i pogarszać sprawę chorobową, a zarazem zapobiega skutecznie działaniu szkodliwych drobnoustrojów z zewnątrz do pęcherza dostać się mogących. Ażeby jednak uzyskać skutek pożądany, trzeba się trzymać pewnych prawideł a mianowicie wystrzegać rozszerzania pęcherza, co

powiększa jego czułość a skutkiem tego bóle i parcie na mocz, następnie starać się o to, by sublimat działał jak najdłużej, a wreszcie nie używać go w dawkach szkodliwych.

W celu zachowania tych ostrożności nie przemywa się pęcherza sublimatem, lecz wkrapla do niego za pomocą osobnej strzykawki co dwa lub trzy dni po 15 do 30 kropel roztworu sublimatu, zatrzymując je ile możności jak najdłużej w pęcherzu i bacząc na to, by chory przed tem zapuszczeniem sublimatu mocz oddał.

Roztwór sublimatu sporządza się w wodzie wrzącej w stósunku od 1:5000 do 1:1000 a rozpoczynając od roztworu najsłabszego, t. j. od 1 na 5000, przechodzi się do roztworów mocniejszych tylko w razie nieskuteczności roztworów słabszych.

Ten sposób leczenia miejscowego w połączeniu z leczeniem ogólnem daje często bardzo dobre rezultaty.

W okresach późnych choroby, gdy przypady są ciężkie, trzeba ile możności łagodzić tylko cierpienia chorych. Wtedy pęcherz nie zniesie żadnych wkraplań nawet, wtedy ograniczyć się trzeba do środków uśmierzających, jak do wstrzykiwań podskórnych morfiny i do makowca w czopkach, n. p. w formie:

Rp. *Exti belladonnae*
Exti opii aquosi
* āā centigrma*
Jodoformii centigrmta quinque
Cerae albae grma
Butyri de cacao grmta tria.
M. f. l. a. suppositorium.

Można także użyć środków odwodzących w formie przyżegań (*points de feu*) podpępcza.

Gdy i te środki zawiodą a bolesność jest nadzwyczajna, nie pozostaje w ostateczności nic innego, jak zabieg operacyjny a mianowicie otwarcie pęcherza nadłonowe (*cystotomie sus-pubienne*), stałe w celu uwolnienia go od właściwej czynności i leczenia wprost choroby. Jeżeli zmiany chorobowe są bardzo rozległe, trzeba się ograniczyć do przyżegania roztworem sublimatu 1:1000 lub chlorkiem cynku; w przeciwnym razie usunąć, o ile można, bujania gąbczaste przez wyskrobanie i następnie przyżegnienie miejsc krwawiących termokauterem.

Jestto jednak zabieg operacyjny co do skutku bardzo niepewny i wskazany jedynie w ostateczności. (*La médecine moderne. 51. 28. Juin 1893*). *D.*

Fizyologia.

Germain Seé: **O działaniu fizyologicznem nukleiny.**

Pod nazwą nukleiny rozumiemy szereg substancyj organicznych zawartych w jądrach komórek, w miąższu śledziony, które obecnie otrzymuje się z żółtka jaj, drożdży i nierozpuszczalnych resztek kazeiny podczas trawienia za pomocą pepsyny. Te istoty rozpadają się za dłuższem gotowaniem w wodzie lub pod wpływem kwasów na 3 części t. j. na albumin, hipoksantyn i kwas fosforowy. Mamy zatem połączenie fosforowo-proteinowe. Nukleina jest to proszek bezbarwny lub żółtawy, nierozpuszczający się w zimnej wodzie, w wyskoku i eterze a rozpuszczający się natomiast w roztworzonych alkaliach i we wrzącej wodzie.

Wstrzykiwanie podskórne i użycie wewnętrzne (2—3 grm. na dzień) okazały się według doświadczeń autora i Horbaczewskiego z Pragi zupełnie nieszkodliwe u ludzi.

Przy tem zauważano stale powtarzający się jeden tylko objaw t. j. pomnożenie się ilości ciałek białych krwi (leukocyty, fagocyty). Nukleina sprowadza zatem znaczną leukocytozę, z czego przypuszczamy, że działa zapalnie na mikrobami zakażone narządy, sprowadzając leukocyty do obrażonego miejsca. Mamy tedy pewny sposób wykrycia utajonych ognisk zapalnych. W przypadkach zmian patologicznych wątpliwej natury a niepewnej lokalizacyi odkrywa je bowiem nukleina podobnie jak tuberkulina, jednak bez szkody dla ustroju. Autor obserwuje 5 przypadków utajonej gruźlicy, którą odkrył dopiero zapomocą nukleiny a względnie przypadów przez nią wywołanych t. j. leukocytozy, gorączki i rzężeń przedtem zupełnie niebyłych. Objawy te pochodzące od leukocytozy znikły po dwóch dniach.

Autor używa nukleiny w celach rozpoznawczych w przypadkach podejrzanego zapalenia krtani, w podejrzanych nowotworach a częściej jeszcze w zapaleniu oskrzeli u małych dzieci, które nie wykształtuszają, wskutek czego u nich badanie plwocin pod względem obecności prądków nie jest możebnem. Mamy tu podobieństwo działania nukleiny jako środka rozpoznawczego do tuberkuliny z tą różnicą, że ta ostatnia z przyczyny szkodliwego swego wpływu nie daje się zastosować u człowieka.

O użyciu leczniczem nukleiny na razie nic pewnego orzec nie można z powodu nielicznych jeszcze doświadczeń w zapaleniu płuc, opłucnej i innych chorobach zakaźnych. W 3 jednak przypadkach zapalenia płuc alkoholowego skutek nukleiny był bardzo wyraźny, gdyż już po 36 godzinnem jej używaniu przechyliła się choroba wcześniej niż zwykle, bo już 4. a względnie 5. dnia. (*Allg. Wiener med. Zeitung. Nr. 25. 1893.*) *Dr. Józef Sternberg w Karlsbadzie.*

Choroby dzieci.

Prof. Baginsky: **Patologia nerek wieku dziecięcego.**

Wychodząc z zapatrywania się, że w stósunkach fizyologicznych azot wprowadzony do ustroju wydziela się moczem i kałem, z pozostawieniem pewnej ilości potrzebnej do wzrostu tkanin, stara się autor wykazać, o ile w stósunkach patologicznych nerki są upośledzone w swej czynności. Oznaczywszy ciężar ciała i ilość wprowadzonego azotu z pokarmami, obliczał autor u dwojga dzieci cierpiących na zapalenie nerek płonicowe i u dziecka z nerką zastoinową, ilość azotu, wydzielanego z moczem i kałem, i przekonał się, że na szczycie ostrego zapalenia nerek jakoteż zastoiny nerkowej, istnieje pewna niedomoga na wydzielanie azotu wprowadzonego do ustroju i w miarę poprawy stanu tego patologicznego nerek czynność ta się wyrównywa. To zmniejszenie się ilości wydzielonego azotu nie jest bezwzględne, gdyż pod wpływem wysokich gorączek ilość wydzielonego azotu może być nawet większa od wprowadzonego z pokarmami, lecz to dzieje się kosztem rozkładu składników organicznych samego ustroju.

Że funkcye wydzielnicze nerek są upośledzone, o tem autor przekonał się, podając dzieciom z zapaleniem nerek jodek potasu, który w stanach patologicznych wydzielać się zaczął o wiele później i znacznie wolniej. Zmiany te czynnościowe nerek są niejako wskazówką terapeutyczną, aby w przebiegu zapaleń nerek podawać pokarmy zawierające mało azotu lub też wybierać takie, o których z doświadczenia wiemy, że ustrój z łatwością je sobie przyswaja i azot wydziela a do których zalicza autor mleko.

Co się tyczy postaci wydzielania się azotu w przebiegu zapalenia nerek, to autor robił doświadczenia u jednego dziecka i wykazał, że 95% jako mocznik, 1·56 jako połączenia amonowe, 0·83% jako istoty wyciągowe. (*Archiv f. Kinderheilkunde, III. IV. H. 1893*). *Dr. Komorowski.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciw poceniu się nóg poleca Kaposi w Wiedniu obmywania stóp rano i wieczór płynem:

79) Rp. *Naphtholi 5·00*
Glycerini 10·00
Alcoholi 100·00

a następnie zasypywanie proszkiem:

80) Rp. *Naphtholi pulverati 2·00*
Amyli pulverati 180·00

Można także sypać do obuwia co rano proszek:

81) Rp. *Talci subtilissime pulverati 40·00*
Bismuthi subnitrici 45·00
Kali hypermanganici 3·00
Natrii salicylici 2·00
MDS. Zewnętrznie.

(*Deutsche med. Wochenschrift. 26. 1893*).

V. Ze Wschodu.

Zarysy lekarskie.

Przez

J. Ilg....

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

III.

Do czasu założenia Uniwersytetu w Tomsku całe życie umysłowe skupiało się w naukowych towarzystwach a mianowicie w dwóch oddziałach syberyjskich cesarskiego geograficznego Towarzystwa, które przeważnie przyczyniły się do poznania kraju; słabszem zaś życia tętnem były ożywione towarzystwa lekarskie w Syberyi, ostatniemi laty zakładane, które oprócz dążności praktycznych nie położyły większych zasług dla nauki. Nim się jednak pracownicy ugrupować mogli, wytwarzając choć skromne ognisko dla zbadania fauny, flory i pokładów gruntu miejscowego, Syberya Wschodnia była przedmiotem badań wielu uczonych, przeważnie niemieckich i kilkunastu ekspedycyj naukowych, obierając sobie za czasową stolicę Irkuck. Począwszy od początków zeszłego stulecia kilkanaście naukowych ekspedycyj przejeżdżało przez Irkuck dla zbadania Syberyi Wschodniej. Pierwsza z nich była wysłana w r. 1719 przez Piotra I-go, w której brali udział: Daniel Bogumił Messerschmitt i szwedzki więzień Strahlenberg. W drugiej ekspedycyi naukowej w r. 1733 uczestniczyli: Jan Behring, Spanberg, badający Kamczatkę, I. G. Gmelin naturalista, G. F. Müller historyk, Délille de Croyer astronom. Ekspedycya ta dała obfite plony dla poznania Syberyi. Wkrótce potem cesarzowa Katarzyna II. w r. 1768 wysłała ekspedycyę, której prace sześć lat trwały, aż do r. 1774 pod wodzą słynnego Piotra Szymona Pallasa. Była to istna wędrująca akademia umiejętności a członkami jej tacy uczeni, jak Georgi, Gmelin młodszy, Falk, Hildenstein, Lepiochin, Eiler astronom i wielu innych. Pallas i Georgi są pierwszymi badaczami jeziora Bajkalskiego i ziem do niego przyległych od czasu, gdy w r. 1643 pierwsze hufce kozaków ruskich przepłynęły to jezioro. Następnie Pallas udał się do krainy Zabajkalskiej i na południe do Kiachty, gdzie badał Chińczyków a Georgi pojechał z Irkucka lądem w kierunku biegu rzeki Kudy, wpadającej z prawej strony do Angary. Prace tych uczonych pozostaną na zawsze pomnikowemi i źródłowemi dla dalszych badaczy.

Nie mniejszą też usługę oddał nauce Szwed, pastor Eryk Laxman, podczas 30-letniego prawie pobytu we Wschodniej Syberyi (1764—1795). Godna podziwu jest zaiste praca tego człowieka, rzuconego samoistnie na Wschód daleki. Zostawił on ślady na najrozmaitszych polach wiedzy ludzkiej. Dojeżdżając z Irkucka do Kiachty i Stretieńska a następnie do Japonii, pracował jako etnograf, lingwista, wczytywał się w napisy mongolskie na skałach piętrzących się nad Dzidą, zbierał rośliny, stósował chemię do przemysłu miejscowego; użył bowiem do robienia szkła soli glauberskiej zamiast potażu, analizował źródła mineralne miejscowe, opisywał góry, stworzył teoryę powstania Bajkału, wreszcie zebrał kolekcyę 20-pudową rozmaitych minerałów, odnalazł kilkanaście nowych, którym dał nazwy, odkrył źródła słone, pokłady węgla kamiennego i rudy żelaznej.

Przez Irkuck przejeżdżało też w początkach bieżącego wieku wiele ekspedycyj dla zbadania północnej Syberyi, jak Kruzensterna i Lisiańskiego, Gołowina, Wrangla, Anjou i innych. Na Ałtaju bawili Ledebur i Humboldt. Na trzy lata przed przybyciem do wschodniej Syberyi jenerał-gubernatora Murawiewa-Amurskiego była tu wysłana ekspedycya Middendorfa (1845—1848) dla zbadania najodleglejszych zakątków północy, Tajmurskiego półwyspu i południowo-wschodniej części kraju Nadamurskiego, która miała wielki wpływ na dalsze losy tego kraju.

W r. 1851 otwarto w Irkucku wschodnio-syberyjski oddział Towarzystwa geograficznego, który stał się inicyatorem wszelkich prac podejmowanych dla poznania kraju i tem położył niemałe zasługi. Pierwsza ekspedycya była organizowana kosztem hr. Hutten-Czapskiego i p. Hołubkowa pod kierunkiem astronoma Schwartza; brał w niej udział naturalista Rade i geolog Schmidt, który zbadał następnie budowę geologiczną kraju Zabajkalskiego, Amurskiego i wyspy Sachalinu. W następnych ekspedycyach, urządzonych przez oddział geograficzny, najważniejszemi w naukowe zdobycze były: ekspedycya Wilujska pod kierunkiem p. Maaka (1854—1855), Amurska (1855—1856), Usuryjska (1859), Turuchońska, Olekmińska i Witimska, tak zwane od miejsc, do których robiono wycieczki.

W r. 1869 oddział postanowił zbadać szczegółowiej gub. Irkucką, Bajkał, Dauryę i inne części prowincyi Zabajkalskiej. Deportacya z r. 1863 dostarczyła mu licznego szeregu pracowników, silnych przedewszystkiem duchem i niezmordowanych w pracy. Jedni z nich przynieśli już z sobą niepospolitą wiedzę, jak Dr. Benedykt Dybowski, inni pod ich kierunkiem nabywali jej w Syberyi, aby się stać następnie pionierami na dalekich krańcach świata, jak młodziutki wówczas Czerski Jan lub Witkowski Mikołaj, syn organisty z Witebskiego, który zaledwie nieco piśmiennym przybywszy tu 18-letnim chłopcem, następnie położył pierwszy początek badaniom archeologicznym. Pracom Czekanowskiego, Dybowskiego, Godlewskiego, Czerskiego, Lipińskiego, Hartunga i innych, świat naukowy przyznał wielką wartość a imiona naszych rodaków zapisał złotemi literami na stronnicach dziejów swoich Oddział wschodnio-syberyjski cesarskiego geograficznego Towarzystwa. Z tej świetnej w zdobycze naukowe epoki pobytu tu naszych, nikogo już nie zostało. Jan Czerski, jako zasłużony geolog, wysłany na czele ekspedycyi na północ Syberyi dla badań przez Akademię nauk z Petersburga, której zbiorów był kustoszem w latach ostatnich, umarł w r. 1892 w lipcu z krwotoku płucnego na stepie pod Średnim Kołymskiem na ręku żony, którą z prostej Sybiraczki wychował, zostawiając ją i małoletniego syna, bez sposobu do życia. Czerski pochodził z Wilna i wychowanie początkowe otrzymał w wileńskim szlacheckim instytucie. W tymże czasie w Irkucku konserwator zbiorów muzem w Oddziale, Witkowski, znudzony życiem, skrócił dni swe, jak to uczynił przed laty inny jego kolega, Czekanowski w Petersburgu. Znany etnograf Potanin, mający wiele wspomnień z przed laty, żyjąc w kółku składającem się przeważnie z Polaków przy Oddziale w Irkucku, zamyśla, jak mi mówił, spisać w pamiętniku, dzieje tej mu miłej przeszłości. Śmierć, którą tu znaleźli dwaj nasi rodacy, wywołała gorące dla nich współczucie jak w prasie, tak też i w społeczeństwie syberyjskiem a z ich ustąpieniem liczba pracowników na Syberyi znacznie zmalała. Brak ten zastąpił zaledwie w części żywioł młody i tylko co powołany do życia, składający się z Rosyan.

W r. 1878 utworzono drugi oddział zachodnio-syberyjski Towarzystwa geograficznego w Omsku. W r. 1876 pod

kierunkiem najbardziej zasłużonego, współczesnego badacza Syberyi, Potanina, o którym wyżej wspomniałem, uorganizowano ekspedycyę do Mongolii zachodnio-północnej, w której wzięli udział Pozdniejew, Berezowski i Rafaiłow. Ciż sami prawie w następnej ekspedycyi w r. 1883 udają się do Chin wschodnich. W r. 1889 N. Jadrincew przebywa na brzegach Orchonu i o 400 wiorst od Kiachty w północnej Mongolii odszukuje Karakorum, ruiny tej dawnej stolicy Czingis-Chanów, z której wyszedłszy pierwsze hufce mongolskie zalały Ruś całą, obracając w gruzy Kijów i dotarły aż pod ściany Krakowa. Liczne kamienie z napisami tam znalezione, były przedmiotem długich studyów przybyłego nad brzegi Orchonu akademika Kodłowa z Petersburga. Wpływu Mongolszczyzny i u nas należy szukać w porównawczych badaniach jak etnograficznych, tak też i archeologicznych, zrodzonych i przechowywujących się do dziś dnia nad Orchonem a w zestawieniach tych znaleźlibyśmy wiele wspólności. Dalsze badania z polecenia Akademii Nauk prowadzi tam od lat paru p. Dymitr Klementz, zdolny i sumienny badacz, zarazem sekretarz obecnie oddziału wschodnio-syberyjskiego. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Przypominamy, że V. Zjazd chirurgów polskich odbędzie się w Krakowie dnia 11., 12. i 13. lipca r. b. Posiedzenia zjazdu będą się odbywały podobnie, jak w roku ubiegłym, od 10. do 1. godziny przed południem i od 2. do 4. po południu w klinice chirurgicznej; posiedzenia przedpołudniowe są przeznaczone na wykłady z demonstracyami, popołudniowe na wykłady teoretyczne.

Pierwszego dnia zjazdu odbędzie się od 8. do 10. godziny zwiedzanie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tychże godzinach zwiedzenia oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza.

Chorych przeznaczonych do demonstracyi przyjmie klinika chirurgiczna.

Dla Szanownych Kolegów chcących przedstawić operacye na trupie będzie wszystko stósownie przygotowane.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych; uprasza się więc o nadesłanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznej i o jak najrychlejsze zgłaszanie się z wykładami do dyskusyi nadającemi się do sekretarza zjazdu Docenta Dra Bossowskiego (przy ulicy Floryańskiej Nr. 35.), żeby jak najodpowiedniej przygotować porządek obrad.

— Otrzymujemy następujące zawiadomienie:

W myśl uchwały powziętej dnia 20. lipca 1891 na drugiem posiedzeniu ogólnem VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich miał następny Zjazd przypadający na r. 1894 odbyć się w Poznaniu.

W tym samym roku będzie jednak we Lwowie urządzona krajowa wystawa powszechna.

Ażeby więc z jednej strony uczestnikom Zjazdu dać sposobność zwiedzenia wystawy, na której będzie także urządzonym dział lekarski i higieniczny, z drugiej strony, aby nie rozdzielać sił przez to, iż jedni pracowaliby w Poznaniu dla Zjazdu, drudzy dla Wystawy we Lwowie, zebrali się za inicyatywą towarzystwa lekarzy galicyjskich delegaci towarzystw lekarzy, przyrodników, weterynarzy i aptekarzy we Lwowie istniejących i na posiedzeniu w dniu 8. marca 1893 odbytem uchwalili jednomyślnie, poczynić starania, aby VII. Zjazd lekarzy i przyr. p. odbył się w r. 1894 we Lwowie.

Na pismo w tej mierze przez Prezesa towarzystwa lekarzy galicyjskich do Wydziału lekarskiego towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu wystósowane, otrzymaliśmy tę radosną dla nas odpowiedź, że uznając w zupełności słuszność powodów, które nas skłoniły do powyższej propozycyi, ustępują nam Koledzy Wielkopolanie pierwszeństwa.

Imieniem tedy Wydziału gospodarczego, który w tym celu we Lwowie się zawiązał, mamy zaszczyt oznajmić, **że VII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się we Lwowie w dniach od 18. do 21. lipca 1894** a zarazem zaprosić wszystkich, którym rozwój nauki polskiej leży na sercu, do łaskawego wzięcia udziału w tym Zjeździe.

W piśmie od Komitetu paryskiego lekarzy i przyrodników polskich wystósowanem do VI. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wyrażono życzenie, by następny Zjazd odbył się w sierpniu w czasie wakacyjnym. Z drugiej jednak strony dochodziły do poprzednich Wydziałów gospodarczych życzenia, aby Zjazdy mogły się odbywać w tym czasie, kiedy znaczna liczba osób wyjeżdża do wód. Z tego przeto względu po dokładnej rozwadze postanowiliśmy od dotyczasowego, zwyczajem utartego, terminu zjazdu nie odstępywać.

Na razie postanowiliśmy utworzyć tylko 14 sekcyj, które poniżej są wymienione, lecz w razie, gdy zgłosi się poważniejsza liczba uczestników, mogą być jeszcze i inne sekcye utworzone. Życzenia w tym względzie prosimy przysłać na ręce jednego z podpisanych Przewodniczących. Natomiast zgłoszenia się z wykładami przyjmują ci Koledzy, którzy podjęli się obowiązku zajęcia się sprawami poszczególnych sekcyj; do nich więc prosimy zgłaszać się w sprawie wykładów.

Szczegółowy program Zjazdu będzie później ogłoszony i rozesłany. Winniśmy jednak już teraz podać do wiadomości, że dziennik Zjazdu nie będzie wydawany, lecz prócz dokładnego programu z wszystkiemi informacyami, który każdemu członkowi Zjazdu będzie doręczony, będzie wydany pamiętnik Zjazdu.

Kończąc zapewnieniem, że Wydział gospodarczy, o ile to od niego zależeć będzie, dołoży wszelkich starań, aby VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich przyniósł jak najobfitszy plon dla nauki, a nadto aby ile możności ułatwić i uprzyjemnić szanownym gościom pobyt we Lwowie, zapraszamy do jak najliczniejszego udziału w Zjeździe.

Lwów, 3. czerwca 1893.

Dr. Emil Habdank Dunikowski *Dr. Józef Merunowicz*
Przewodniczący Wydziału gospodarczego.
Dr. Józef Siemiradzki *Dr. Edward Mukowicz*
Sekretarze wydziału gospodarczego.

A. Sekcye lekarskie.

1.	Sekcya medycyny teoret., gospodarz		*Prof. Dr. Kadyi.*
2.	„ higieny i med. sąd.	„	*Dr. Opolski.*
3.	„ medycyny wew.	„	*Dr. Widmann.*
4.	„ chirurgii	„	*Dr. Ziembicki.*
5.	„ ginekologii i położ.	„	*Dr. Bylicki.*
6.	„ okulistyczna	„	*Dr. Machek.*
7.	„ weterynaryjna	„	*Prof. Dr. Królikowski.*
8.	„ chorób skór. i wener.	„	*Dr. Rożański.*

B. Sekcye przyrodnicze.

9.	Sekcya chemii i farmacyi gospodarz		*Prof. Pawlewski* i *Dr. Jan Rucker.*
10.	„ fizyki i matematyki	„	*Prof. Fabian.*
11.	„ mineral., geolog. i geografii fizycznej	„	*Prof. Dunikowski.*
12.	„ zoolog. i anat. porów.	„	*Prof. Łomnicki.*
13.	„ botaniki	„	*Prof. Ciesielski.*
14.	„ psychologii	„	*Prof. Raciborski.*

— Dr. Jan Sędziak w Warszawie otrzymał za swą pracę: *Des tumeurs malignes du larynx et de leur traitement* od *Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie* w Tuluzie w południowej Francyi na konkursie międzynarodowym ogłoszonym w r. 1892/3 medal złoty i 1000 franków nagrody.

— Hiszpańska akademia lekarsko-chirurgiczna w Madrycie rozpisuje konkurs międzynarodowy na dwa następujące tematy: 1) Demonstracya kliniczna przyrzutu gruźlicy i 2) Patogeneza, zbadanie kliniczne i terapeutyczne rozmaitych postaci dychawicy (*asthma*). Nagroda 350 franków i dyplom na członka korespondenta Akademii. Termin wnoszenia prac 15. Września 1893.

— Towarzystwo oftalmologiczne niemieckie odbędzie swe zwykłe zgromadzenie w Heidelbergu od 6. do 9. sierpnia b. r. Zgłaszać się należy z wykładami i demonstracyami do Dra W. Hessa w Moguncyi.

— *Berl. klin. Wochschrft* donosi, że na opróżnioną po śmierci prof. Kahlera katedrę kliniki chorób wewnętrznych w Wiedniu powołano prof. Naunyna ze Sztrasburga.

— Znany profesor anatomii w Genewie, Dr. Laskowski oświadcza na zapytanie się redakcyi jednego z polskich tygodników belestrycznych, że młode Polki uczące się medycyny w uniwersytecie genewskim są bardzo pracowite, ale praca ich nie przynosi pożądanych owoców. Od lat 17. zapisało się na wydział lekarski w Genewie 50 Polek, z tych dwie tylko, pani Krajewska i panna Litauerówna uzyskały dyplomy doktorskie, dwie zaś inne, panny Jakubowska i Młodziejowska ukończyły studya w Paryżu. Ze 125. kobiet innej narodowości, przeważnie Żydówek z Rosyi, zaledwie 10 t. j. 8% uzyskało dyplomy. Z tych 10 jedna umarła, dwie wyszły za mąż i porzuciły praktykę, trzy cieszą się pewnem powodzeniem a cztery zaledwie wegietują. Prof. Laskowski kończy swe pismo słusznem zdaniem: Nie sądzę, by procent taki był zachęcający dla przyszłych kandydatek.

— Dr. Marcosignori zestawił z prac, ogłoszonych w pismach peryodycznych lekarskich od r. 1881 do 1891, 188 przypadków tężca, z których wyleczono 141 zapomocą 46 metod terapeutycznych, lubo według statystyki Sormaniego śmiertelność w tej chorobie wynosi 44%. Przypadki ogłaszane były po największej części lekkie, kończące się pomyślnie przy każdem leczeniu a nawet i bez leczenia. Na podstawie przeglądu krytycznego oświadcza się autor za chloralem i lodowemi okładami na stos kręgowy. Po antytoksynie Tizzoniego nie spodziewa się niczego, bo cztery przypadki tym środkiem leczone należą do tych, które ustępują zwykle każdemu środkowi a piąty ostry zakończył się śmiercią. (*Gazetta degli ospit. 10. 1892*).

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Adolf Wohlfeld, praktykant w szpitalu krakowskim św. Łazarza w 31. r. ż., w Gleichenbergu, dokąd pojechał dla poratowania zdrowia. W Berlinie profesor nadzwyczajny Dr. Wilhem Zuelzer, którego wymieniano niegdyś jako kandydata na katedrę kliniki chorób wewnętrznych w uniwersytecie krakowskim po śmierci prof. Gilewskiego. W Rzymie lekarz jeneralny armii włoskiej, jenerał Dr. Feliks Baroffio, przewodniczący sekcyi medycyny i chirurgii polowej na międzynarodowym zjeździe lekarskim, odbyć się mającym we wrześniu r. b. w Rzymie. W Paryżu Dr. Vidal, znany dermatolog. W Lugdunie Dr. Emil Blanc, ginekolog, w dniu 28. maja na posocznicę, której się nabawił po operacyi wyjęcia resztek łożyska z macicy ręką, której jeden palec miał lekkie bardzo zdarcie przyskórka na ostatniej falandze.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 7221. **KONKURS.**

Celem obsadzenia opróżnionej posady c. k. lekarza powiatowego II. klasy, ewentualnie posady c. k. asystenta sanitarnego w galicyjskiej służbie zdrowia rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do 1. sierpnia b. r.

Kandydaci mają podania swe, zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymaganej rozporządzeniem ministeryalnem z 21. marca 1873 l. 37. Dz. u. p. oraz w dowody znajomości języków krajowych wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci, będący w czynnej służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące Starostwo a w miastach Lwowie i Krakowie przez c. k. Dyrekcyę Policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 1. lipca 1893. 114—1—1

Zwierzchność gminna miasta Ryglic podaje niniejszem do wiadomości, że w Ryglicach jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z roczną pensyą w kwocie 300 złr. w. a. wolnem mieszkaniem i opałem.

Miasto Ryglice w powiecie Tarnowskim obok Tuchowa położone, ludności około 3000 obejmuje, oprócz gmin do tej parafii przyległych i należących.

Ryglice dnia 5 lipca 1893.

116—2—1 Burmistrz *Stefan Zając.*

L. 29.919. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

W szpitalu św. Łazarza w Krakowie opróżnioną jest posada Dyrektora szpitala; celem jej obsadzenia rozpisuje Wydział krajowy niniejszem konkurs:

Dyrektor pobierać będzie płacę o rocznych tysiąc sześćset (1600) zł. w. a. (3200 koron), będzie miał prawo do trzech dodatków pięcioletnich po trzysta (300) zł. w. a. (600 koron) i obowiązek mieszkania w szpitalu, jeżeli w tym celu da się w przyszłości uzyskać odpowiednie umieszczenie; obecnie zaś pobierać będzie Dyrektor rocznie sześćset (600) złr. w. a. (1200 koron) tytułem relutum na opał i mieszkanie, które powinno znajdować się w pobliżu szpitala.

Posada ta jest stałą i daje prawo do emerytury.

Podania o nadanie tej posady mają być wnoszone do Wydziału krajowego **najdalej do 15. sierpnia b. r.**

Do podania załączyć należy metrykę chrztu, względnie urodzenia, krótki życiorys, dyplom doktora medycyny i chirurgii, uzyskany na jednym z Uniwersytetów Monarchii austryackiej, oraz świadectwo, stwierdzające uzdolnienie kandydata i dotychczasową jego działalność w służbie szpitalnej; warunkiem otrzymania tej posady jest także znajomość języka krajowego.

Z Rady Wydziału krajowego
Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem księstwem Krakowskiem.

We Lwowie, dnia 13. czerwca 1893.

111—3—3 *Grott.*

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 15. Lipca 1893. Nr. 28.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3⅛ „	6 „

I. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

Wpływ wstrzykiwań soli kuchennej do krwi na wessanie cieczy.

Podali
Dr. A. Beck i prof. G. Gärtner.

Praca Heidenhaina[1]) o substancyach przyspieszających wydzielanie się limfy, która dała pochop do licznych dalszych badań, była także punktem wyjścia naszych doświadczeń, z których niniejszem mamy zdać sprawę. Heidenhain wykrył między innemi, że wprowadzenie zgęszczonego roztworu soli kuchennej do krwi zwiększa ilość wody zawartej we krwi, na co już Klikowicz zwrócił uwagę[2]), zwiększa także ilość wody w limfie i przyspiesza krążenie limfy. Nadmiar wody, który w tym przypadku dostaje się do naczyń krwionośnych i limfatycznych, musi, jak wnosi Heidenhain, pochodzić z tkanek; a ztąd wynika, ze wprowadzenie soli kuchennej do obiegu krwi sprowadza zubożenie tkanek w wodę.

Doświadczenia, które niżej opiszemy, miały nam dać odpowiedź na pytanie, czy wprowadzenie NaCl do obiegu krwi, przyspieszy także wessanie wody sztucznie do ustroju wprowadzonej, lub w nadmiarze gdzieś nagromadzonej. — Rzecz naturalna, że gdyby odpowiedź na to pytanie wypadła twierdząco, sprawa ta nabrałaby ogromnego znaczenia dla praktyki.

Kilka tymczasowych doświadczeń przedtem wykonanych, przekonało nas, że psy znoszą bez uszczerbku dla zdrowia wprowadzenie znacznych ilości soli kuch. do krwi. Jako objaw, który zazwyczaj występował po takiem wstrzyknięciu soli do krwi, zauważyliśmy, że zwierzęta widocznie dostawały silnego pragnienia i chciwie piły wielkie ilości wody.

Doświadczenia swoje podzielić możemy na dwie serye: w pierwszej badaliśmy resorpcyę wody z jelita, druga zaś miała służyć do badania wessania z jam surowiczych.

Przebieg doświadczeń pierwszej seryi był następujący: U psa znajdującego się w głębokiej narkozie morfinowej otwieraliśmy w linii białej jamę brzuszną i wydobywszy pętlę jelitową na wierzch, podwiązywaliśmy ją w dwóch miejscach, koło 15 cm. od siebie odległych i wstrzykiwaliśmy do tej pętli od reszty jelita oddzielonej za pomocą dużej strzykawki Pravaza wodę aż do mocnego napięcia pętli. Ażeby usunąć możność wypływu wody przez otwór wykonany strzykawką, wkłuwano ją tuż przy jednej z podwiązek i za pomocą trzeciej ligatury usuwano komunikacyę między miejscem wkłucia a resztą pętli jelitowej. Następnie wprowadzano jelito napowrót do jamy brzusznej, którą zamykano za pomocą zaciskadeł. Po upływie ściśle oznaczonego czasu, który wynosił w różnych doświadczeniach 15—30 minut, wyjmowano pętlę na nowo i badano, jaka część wstrzykniętej wody uległa wessaniu. Ilość tę w przybliżeniu oznaczano w ten sposób, że dwoma palcami przesuwano płyn z jednego końca pętli ku drugiemu, aż napięcie w tej części pętli, do której płyn wciśnięto, było takie samo, jak w początku doświadczenia w całej. Ze stósunku wypełnionej części pętli do pustej wnosić można, jaka część płynu uległa wessaniu. Jeżeli się przekonano przytem o resorbcyi, napełniano na nowo pętlę do pierwotnego napięcia i przystępywano do drugiego doświadczenia. Do żyły szyjnej, którą już przedtem odpreparowano, wstrzykiwano roczyn soli w takiej ilości, że ilość soli we krwi w przybliżeniu stała się dwa razy większą. Ilość tę obliczano w następujący sposób: na jeden kg. wagi ciała ma zwierzę 77 gr. krwi, a według C. Schmidta znajduje się we krwi koło 8‰ soli nieorganicznych; na jeden klg. ciała przypada zatem 0·62

[1]) Archiwum Pflügera.

[2]) Die Regelung der Salzmengen des Blutes. Arch. für Anat. u. Phys. II. Abth. 1883.

gr. soli. Taką samą ilość wprowadzaliśmy zwolna w 10% rozczynie do żył. Po upływie takiego samego czasu jak przedtem wydobywano pętlę na nowo i badano stopień jej napełnienia.

Przyjrzyjmy się przebiegowi tych doświadczeń:

Doświadczenie I. (wstępne).

Pies 3·6 kg. ważący.

O godzinie 10. minut 55 napełniono pętlę jelitową wodą.

O godz. 11. znaleziono ją jeszcze pełną. Wprowadzono do żyły szyjnej 2·2 gr. Na Cl (w rozczynie 10%). Trwanie injekcyi do godziny 11. minut 3.

O godzinie 11. minut 18 ilość płynu zmniejszyła się o $^1/_3$.

Godz. 11. minut 35 w pętli jelitowej ilość płynu o połowę zmniejszona.

Godz. 12. minut 10 resorbcya ukończona.

Doświadczenie II.

Pies 5·7 kg. ważący.

O godz. 11. minut 5 wypełniono pętlę jelitową na 12 cm. długą aż do mocnego napięcia.

O godz. 11. min. 40 znaleziono wydobytą pętlę jelitową nieco zapadłą; około $^1/_3$ płynu uległo wessaniu. Pętlę jelitową napełniono aż do pierwotnego napięcia wodą i wstrzyknięto 3·8 gr. Na Cl do żyły.

O godz. 12. minut 10 pętla jelitowa okazuje się prawie próżną. Pęcherz znacznie wypełniony.

Doświadczenie III.

Pies 3 kg. ważący.

O godz. 4. minut 45 wypełniono wodą pętlę jelitową.

O godz. 5. minut 15 treść pętli nie uległa widocznej zmianie.

Wstrzyknięto 1·84 gr. Na Cl do krwi.

O godz. 5. min. 45 ciecz z pętli jelitowej prawie zupełnie znikła.

Doświadczenie IV.

Pies 3·9 kg. ważący.

O godz. 5. min. 30 wypełniono pętlę jelitową wodą.

O godz. 5. min. 50 ilość cieczy zmniejszyła się o $^1/_6$. Dopełniono do pierwotnego napięcia i wstrzyknięto 2·4 gr. soli kuchennej do krwi.

O godz. 6 min. 10 znaleziono pętlę prawie próżną.

W następujących dwóch doświadczeniach chcieliśmy się przekonać, jaki wpływ na resorbcyę wody z jelita wywiera przecięcie nerwów, które zaopatrują odpowiednią pętlę. W tym celu przecinaliśmy wszystkie gołem okiem widoczne nerwy, które pętlę daną zaopatrują, jakoteż i kreskę, pozostawiając jedynie same czysto odpreparowane naczynia.

Doświadczenie V.

Pies 5·5 kg. ważący.

O godz. 5. min. 20 napełniono pętlę jelitową w opisany sposób pozbawioną nerwów.

Godz. 5. min. 35 koło $^1/_3$ uległo wessaniu. Dopełniono pętlę na nowo a oprócz tego podwiązano i wypełniono drugą pętlę prawidłową (trwanie zabiegu do godz. 5. min. 38).

O godz. 5. min. 38—40, wprowadzono do żyły szyjnej 3·34 gr. Na Cl.

O godz. 5, min. 53. Z pętli pozbawionej nerwów uległo wessaniu koło $^1/_3$, z prawidłowej koło $^4/_5$ wstrzykniętej ilości.

Doświadczenie VI.

Pies 6·7 kg. ważący.

O godz. 5. minut 10 wypełniono równocześnie wodą jednę pętlę, której nerwy przecięto i drugą prawidłową.

Godzina 5. minut 35. Pierwsza jest jeszcze wypełnioną w tym samym stopniu jak przedtem, podczas gdy w prawidłowej pętli około połowy z wprowadzonej wody uległo wessaniu.

O godz. 5. min. 35—40 wstrzyknięto do żyły szyjnej 4·1 gr. soli kuchennej. Pętlę prawidłową dopełniono do pierwotnego napięcia.

O godz. 6. pętla pozbawiona nerwów zmniejszona do połowy swojej objętości, druga zupełnie próżna.

Podobnie jak doświadczenia dopiero co opisane przebiegały i te, w których badaliśmy wchłanianie z jam surowiczych. Za najodpowiedniejsze uważaliśmy dla swych celów jamę opłucnową i staw kolanowy u psów. Doświadczenia z stawem robiono w następujący sposób: Po przecięciu skóry na zewnątrz od rzepki wprowadzano do stawu za pomocą ostrej strzykawki Pravaza 0·6% roztwór soli kuchennej aż do najmocniejszego napięcia. Po upływie pewnego czasu wkłuwano po raz wtóry strzykawkę i starano się wyciągnąć cały płyn, który w stawie pozostał. Jasną jest rzeczą, że w ten sposób nie udaje się wydobyć wszystkiego, co jeszcze nie uległo wessaniu; jednakże błąd, który przez to popełniamy, nie zmniejsza wcale znaczenia naszych doświadczeń, gdyż, jak się zaraz przekonamy, błąd ten wypada na naszą niekorzyść. Następnie wstrzykiwano do drugiego stawu kolanowego równą ilość fizyologicznego rozczynu soli a do krwi wprowadzano 10% roztwór w odpowiedniej ilości. Po upływie takiego samego czasu, jak w pierwszej części doświadczenia, zabijano zwierzę i otworzywszy drugi staw wydobywano całą ilość pozostałego w nim płynu.

W ten sposób wykonano następujące doświadczenie:

VII. Pies 3 kg. ważący.

O godz. 4. min. 48 wprowadzono do lewego stawu kolanowego 4 cm. sz. 0·6% rozczynu soli.

O godz. 5. min. 15 zdołano wydobyć z stawu jeszcze 3 cm. sz. płynu.

O godz. 5. min. 18 wstrzyknięto 1·8 gr. Na Cl do żyły szyjnej i 5 cm. sz. sz. 0·6% rozczynu soli do prawego stawu kolanowego.

O godz. 5. min. 45 zwierzę zabito. W prawym stawie kolanowym znaleziono zaledwie ślad płynu.

Podczas gdy zatem po wstrzyknięciu soli kuchennej do krwi, prawie cala ilość płynu wprowadzonego do wnętrza stawu uległa wessaniu, to przedtem pozostało przynajmniej 3 cm. sz. czyli $^3/_4$ wprowadzonej ilości jako nie wessane.

O wiele więcej powikłane były doświadczenia wykonane w jamie opłucnowej. Z przyczyn łatwo zrozumiałych, mianowicie ze względu na to, że niema sposobu dokładnego oznaczenia pozostałej niewessanej ilości płynu, nie pozostawało nam nic innego, jak rozdzielenie każdego doświadczenia na dwa osobniki tego samego gatunku, względnie wykonywanie doświadczeń kontrolujących. Jest rzeczą jasną, że wyniki z takich doświadczeń tracą na znaczeniu, albowiem przypuszczenie, że dwa zwierzęta w równych warunkach jednakowo się zachowują, nie jest uzasadnione. Jednakże chwyciliśmy się tego środka dlatego, że nie rozporządzaliśmy lepszą metodą.

VIII. A) Pies 4·5 kg. bez narkozy.

O godz. 10. min. 45—55 wprowadzono do prawej jamy opłucnowej 258 cm. sz. 0·6% rozczynu soli kuchennej.

O godz. 11. wstrzyknięto 2·8 gr. soli kuchennej do żyły szyjnej; zwierzę odwiązano. Pies okazywał w wysokim stopniu pragnienie; nieco wody, którą mu podano, pił chciwie.

O godz. 12. min. 20 został zabity. W jamie opłucnowej znaleziono jeszcze 56 cm. sz. płynu krwawo zabarwionego; uległo zatem koło 200 cm. sz. ($^4/_5$ całej ilości) wessaniu.

Dalszy wynik sekcyi: jelito próżne, pęcherz napełniony.

B) Pies 5·7 kg. ważący, bez narkozy.

O godzinie 11. minut 15—30 wstrzyknięto 250 cm. sz. 0·6% rozczynu Na Cl do prawej jamy opłucnowej.

O godzinie 12, minut 50 zwierzę zabito.

W jamie opłucnowej znachodziło się jeszcze koło 130 cm. sz. płynu mało co zabarwionego.

Podczas gdy zatem w doświadczeniu *A*) przymieszka krwi z pewnością obniżająco działała na wessanie, mimo to uległo po wprowadzeniu soli do krwi dwa razy tyle płynu wessaniu, jak u zwierzęcia prawidłowego (*B*).

IX. A) Królik 1·125 kg. ważący.

O godzinie 11. wstrzyknięto do żyły szyjnej 0·7 gr. soli kuchennej.

O godzinie 11. minut 10 wprowadzono do prawej jamy opłucnowej 20 cm. sz. 0·6% Na Cl.

O godzinie 12. minut 10 zwierzę zabito. W klatce piersiowej znaleziono koło 10 cm. sz. k r w a w e g o płynu.

B) Królik 1·000 kg. ważący.

O godzinie 11. minut 13 wprowadzono do prawej jamy opłucnowej 20 cm. sz. 0·6% rozczynu soli kuchennej.

O godzinie 12. minut 15 znaleziono po zabiciu zwierzęcia w jamie opłucnowej 16·5 cm. sz. mało co zabarwionego płynu. (Dok. nast.)

II. Z lecznicy chirurgicznej Drów Adolfa Grünbauma i Samuela Centnerszwera w Warszawie.

Kilka spostrzeżeń nad przerzutami złośliwych nowotworów, które pierwotnie rozwinęły się w narządzie płciowym u kobiet.

Skreślił

Dr. A. Grünbaum.

(Dok. Patrz Nr. 27).

S p o s t r z e ż e n i e IV. Pacyentka B. R., ze Slucka, przybyła do naszej lecznicy 31. maja 1892 r. z *carcinoma mammae sinistrae et glandularum subaxillarium* i ze skargą na zboczenia ze strony przewodu pokarmowego; mianowicie: brak łaknienia, odbijanie się i zaparcie stolca. Wywiady: Pacyentka 60 lat wieku, przed pół rokiem spostrzegła pierwszy raz u siebie w gruczole sutkowym guzik wielkości laskowego orzecha, na który, mimo dotkliwego bólu, do ostatnich czasów niewielką zwracała uwagę. Przed czterema tygodniami pojawiły się u niej wyżej wspomniane zboczenia żołądkowe. Stan obecny: Guz w lewym gruczole sutkowym, wielkości pięści, niebolesny, mało ruchomy i twardy. Skóra nad nim nieprzesuwalna i miejscami wciągnięta. Gruczoły w pasze przedstawiają się w postaci konglomeratu bardzo głęboko wnikających guzów. W narządach brzusznych za pomocą klinicznego badania nie mogłem wykryć żadnych zmian anatomicznych. *Operatio. Extirpatio mammae et glandul. subaxill.* Te ostatnie oddzielono na znacznej przestrzeni od żyły pachowej. Zeszycie brzegów rany. Opatrzenie. Przebieg pooperacyjny aseptyczny. *Prima intentio* na całym obszarze. Ponieważ i po operacyi wyżej wspomniane objawy żołądkowe nie ustąpiły a wejrzenie charłacze stawało się z każdym dniem widoczniejszem, przeto też dnia 9. czerwca 1892 r. jeszcze raz pacyentkę tę dokładnie zbadałem, przyczem znalazłem, że na dolnej powierzchni wątroby, szczególniej na prawym jej zrazie, daje się wyczuć kilka nieznacznych i niebolesnych wyniosłości. Guzowatości te tak szybko rosły, że 24. czerwca już miały dosyć duże rozmiary i postać bardzo zrazikowatą. Stępienie odgłosu opukowego sięgało wtedy w tem miejscu na 4 palce poniżej łuku żebrowego. Rakowe to charłactwo, do którego następnie przyłączyła się mocna żółtaczka, rozwinęło się u naszej pacyentki tak szybko i w tak znacznym stopniu, że w kilka dni po powrocie do domu, t. j. około połowy lipca 1892 r. zmarła.

S p o s t r z e ż e n i e V. Pacyentka R. T., z Brześcia Lit., przybyła do naszej lecznicy z polecenia prof. Kosińskiego dnia 24. listopada 1892 r. w celu poddania się laparotomii. Wywiady: Pacyentka 37 lat wieku, zamężna, rodziła 4 razy. Menstrua odbywają się u niej jeszcze obecnie prawidłowo. Do ostatnich czasów nigdy podobnie nie chorowała. Przed 14 tygodniami zaczęła, bez żadnej wiadomej przyczyny, doznawać rozmaitych ze strony żołądka zboczeń, które, niby to po piciu zalecanej jej wody Karlsbadzkiej, ustąpiły w zupełności. Przed czterema tygodniami zachorowała znowu na mocną żółtaczkę, która pojawiła się nader nagle. Wtedy również skonstatowano istnienie u niej w jamie brzusznej wodnej puchliny. Żółtaczka przez cały ten czas w jednakowym pozostała stopniu, płyn zaś zbierał się w jamie brzusznej w coraz znaczniejszej ilości tak, że ostatecznie wskutek wystąpienia objawów duszności wykonano u niej dwukrotnie nakłucie brzucha z wypuszczeniem płynu. Wydobyty za drugiem nakłuciem płyn, jakem się dopiero później dowiedział, był surowiczo krwawy. Ponieważ stan pacyentki pogarszał się coraz bardziej, przeto też zgłosiła się po poradę do prof. Kosińskiego, który zbadawszy przekonał się, że w prawem podżebrzu znajduje się guz, wychodzący prawdopodobnie z żółciowego pęcherzyka. — Określić jednak z pewnością istotę, pochodzenie i anatomiczne stósunki tego ostatniego było niemożliwem. Dlatego też uprzedził otoczenie, że należy nasamprzód próbną wykonać laparotomię, którą następnie, może być, można będzie zmienić na radykalną. W tym więc celu przybyła wspomniana pacyentka do naszej lecznicy.

Badanie przed operacyą wykazało: 1) że pacyentka ta dotknięta jest nadzwyczaj wielką puchliną wodną brzucha (*ascites*) i mocną żółtaczką; 2) że w prawem podżebrzu znajduje się niebolesny i niechełbocący guz, wielkości dużej pięści, gruszkowatej postaci, z szeroką, odwróconą do powłok brzusznych podstawą; 3) że guz ten, jak się zdawało, swoją szypułą był mocno przyczepiony albo do otrzewny tylnej ściany brzusznej, albo do trzustki; 4) że guz ten można było tylko w części oddzielić od wątroby; 5) że odgłos wypukowy brzucha w różnych położeniach chorej był najbardziej stępiony w okolicy pępka, wyraźnie zaś bębenkowy po bokach i 6) że jamę tym płynem napełnioną, można było w zupełności oddzielić od wspomnionego guza. W narządach klatki piersiowej nie można było wykryć żadnych zboczeń anatomicznych. Również badanie macicy i jej dodatków do żadnych dodatnich nie doprowadziło rezultatów. Mocz, który oddawała często i w małych ilościach, był nasycony barwikiem żółciowym. Żadnych innych chemicznych i morfologicznych zmian w nim nie wykryto. Ciepłota ciała przed operacyą 38·2—37·4. Tętno 120. Fala miękka. Oddechów 32. Chora wycieńczona i apatyczna. 25. lutego 1892 laparotomia. Po otworzeniu jamy otrzewny i wypuszczeniu całej ilości zawartego w niej surowiczo-krwawego płynu, około 6000.00, znaleziono: 1) że ów guz, który wyczuwano przez powłoki brzuszne, nie był niczem innem, jak tylko mocno wypełnionym i mocno napiętym pęcherzem żółciowym; 2) że przewód żółciowy wspólny (*ductus choledochus*) był otoczony ze wszystkich stron małemi guziczkami wielkości ziarnka prosa do wielkości ziarna grochu; 3) że takie same guziczki znajdowały się w znacznej ilości na dolnej powierzchni wątroby, na kiszce, sieci i na surowiczej powierzchni jelit, które były w większej części spojone tak między sobą, jak i ze siecią za pomocą świeżych zlepów i 4) że oba jajniki były znacznie powiększone, twarde i zrazikowate. Ponieważ drobnowidowe badanie wykazało, że guzy te i guziczki są rakowatej natury, przeto też przypuszczano, że cała ta patologiczna sprawa rozpoczęła się niewątpliwie w jajnikach, zkąd następnie rozwinęły się wyżej wyliczone przerzuty ze wspomnianemi skutkami. Samo przez się rozumie się, że cały ten zabieg operacyjny należało na próbnej kończyć laparatomii. Chora ta w 26 godzin po operacyi zmarła wśród objawów zapadu.

Zestawiwszy tylko co opisane spostrzeżenia, widzimy: 1) że złośliwe te nowotwory rozwinęły się pierwotnie u dwóch

pacyentek w jajnikach, u jednej w części pochwowej macicy, u jednej w przégrodzie prostnico-pochwowej i u jednej zresztą w gruczole sutkowym; 2) że przerzuty u wszystkich tych chorych pojawiły się już wtedy, kiedy jeszcze pierwotne guzy nie przeszły w okres rozpadu; 3) że u trzech z tych pacyentek dowiedziano się o istnieniu pierwotnych nowotworów, albo dopiero podczas operacyi, albo na krótko przed nią, albo nareszcie, jak to było w przypadku L. E. z Łyszkowic, zupełnie przypadkowo, t. j. wtedy, kiedy objawy, które wtórne wywołały guzy, stały się nazbyt groźnemi; 4) że wszystkie te wtórne guzy rozwinęły się w stósunku do pierwotnych w kierunku dośrodkowym i 5) że trzy z tych ostatnich rozwinęły się w lewej połowie klatki piersiowej: jeden w tkance płucnej, jeden wewnątrz jamy, prawdopodobnie także w tkance płucnej i jeden zresztą pod gruczołem sutkowym okolicy trzeciego żebra; dwa zaś pozostałe, względnie trzy, jużto w samej wątrobie, jużto w tej ostatniej i w tkankach, z których bierze początek system żyły wrotnej *(vena portae)*.

Ponieważ przeniesienie się komórek chorobotwórczych z pierwotnych ognisk w kierunku dośrodkowym mogło się odbyć wyłącznie przez żyły, to należy przypuszczać, że we wszystkich tych przypadkach wtórne te guzy rozwinęły się tylko po odbyciu przez wspomnianą komórkę w żyłach biegu wstecznego (*Rücklaüfiger Transport*). Że to ostatnie przypuszczenie na anatomicznych i faktycznych oparte jest danych, postaram się zaraz dowieść. Anatomo-patologiczne i kliniczne spostrzeżenia Recklinghausena, Hausera i wielu innych badaczy, szczególniej zaś doświadczenia prof. Arnolda[1]) dosyć dowodnie wykazały, że zarówno w przedsionkach serca, jako też w pozbawionych zastawek żyłach za najmniejszem zakłóceniem w czynności oddychania, t. j. za jakiemkolwiekbądź zmniejszeniem się ujemnego ciśnienia odbywają się biegi wsteczne; przyczem krew cofając się, unosi ze sobą znajdujące się w niej przypadkowo obce ciała a jak było w tych doświadczeniach, wstrzyknięte do żyły szyjnej wewnętrznej drobne ziarnka otrąb pszennych. Ponieważ u naszych pacyentek wszystkie te przerzuty odbywały się od narządu płciowego — pochwy, macicy i jajników — i lewego gruczołu sutkowego do lewego płuca i wątroby, musimy zatem przyjąć, że w kierunku do prawego serca chorobotwórcze te komórki przenosiły się przez żyły. Żeby te komórki u każdej z naszych chorych, dostawszy się wskazaną drogą do prawego serca, przebywały następnie naczynia włosowate tętnicy płucnej i w dalszym ciągu przez tętnice przenosiły się do wskazanych wyłącznie narządów, w których dały początek wtórnym guzom, chyba każdemu musi się wydać arcydziwnem. Niewymownie bowiem trudno było wytłómaczyć sobie ową systematyczność w wyborze miejsca, lewe płuco i wątrobę, dla rozwoju tych przerzutów, przy najzupełniejszem szczędzeniu wszelkich innych tkanek i narządów, Od histochemicznych chyba właściwości tych ostatnich to zależeć nie może.

Mojem tedy zdaniem, opisane co tylko spostrzeżenia potwierdzają klinicznie w zupełności wyniki, jakie otrzymał prof. Arnold w swoich, wyżej wspomnianych na królikach doświadczeniach, mianowicie, że przy najmniejszem nawet zakłóceniu w ujemnem ciśnieniu, jak n. p. w chwilowej i nieznacznej już duszności, występują w przedsionkach i żyłach wewnętrznych aż do udowej biegi wsteczne, przyczem krew cofając się, unosi z powrotem znajdujące się w niej obce ciała. Dalsze zaś przeniesienie się tych cofniętych ciał do naczyń włosowatych odbywa się stopniowo i powoli dopóty, dopóki nie napotkają na jakąś przeszkodę, która wstrzymuje je w swojej odwrotnej wędrówce

Ciała przeto takie w ten sposób zatrzymane, wywołują w danem miejscu, stósownie do swojej istoty i okoliczności miejscowych, odpowiednie zboczenia. Że okoliczności wywołujące dłuższą lub krótszą duszność w ustroju ludzkim zdarzają się nazbyt często, że biegi wsteczne muszą się wtedy odbywać szczególniej z przedsionków w największych rozmiarach, że ciała zatorowe nawet najdrobniejsze, wyprowadzone w ten sposób ze swego prawidłowego biegu, natrafiwszy na najmarniejszą nawet przeszkodę, już dalej wędrować nie mogą, że przeszkód takich nadzwyczajna istnieje moc, gdzie mamy miliony włosowatych rozgałęzień naczyń, jak n. p. w wątrobie, płucach, jelitach, kresce i t. p., zapewne każdemu dobrze wiadomo. Opierając się więc na tylko co wyliczonym szeregu danych, będziemy mogli z łatwością określić drogi żylne, jakiemi u każdej z naszych pacyentek zatory te nowotworowe lub chorobotwórcze komórki przywędrowały od pierwotnych swoich ognisk do lewego płuca, wątroby, rozgałęzień żyły wrotnej i okolicy lewego gruczołu sutkowego. I tak w pierwszych dwóch opisanych przezemnie spostrzeżeniach, t. j. w pierwotnym guzie *a*) w przegrodzie prostnico-pochwowej i *b*) w części pochwowej macicy a wtórnych guzach w lewem płucu, należy przypuszczać, że zatory te, odbywszy swoją drogę po żyle głównej dolnej do prawego serca, tętnicy płucnej, do lewego przedsionka, dostały się ztąd biegiem wstecznym napowrót do lewego płuca, w którem ostatecznie usadowiły się i wywołały wtórne w nim guzy.

Że zatory takie cofając się z lewego przedsionka, daleko łatwiej dostają się do żył lewego płuca i prędzej w nich sadowią się, wynika z różnicy, jaka istnieje między niemi a żyłami prawego płuca w anatomicznem położeniu i długości. Bardziej powierzchowne położenie żył lewego płuca i ich krótkość sprawiają, że ciała zatorowe we wstecznym swoim biegu dostają się do nich daleko łatwiej i prędzej dosięgają w nich ostatecznych rozgałęzień, gdzie utkwiwszy dają początek rozwojowi nowego guza. Daleko prostszą przedstawia się droga, jaką odbywają zatory od gruczołów sutkowych, a jak w moich spostrzeżeniach, od lewego gruczołu do wątroby. Ostatnie te przerzuty dostawszy się prawidłową drogą do żyły głównej górnej i prawego przedsionka, mogą, doznawszy w tem miejscu przeszkody w swojej dalszej wędrówce do prawej komórki, cofać się jużto w kierunku znowu żyły głównej górnej lub też w kierunku żyły głównej dolnej i żył wątrobowych, w których drobnych rozgałęzieniach zatrzymują się ostatecznie.

W również łatwy sposób możemy przedstawić drogę żylną, jaką odbyły przerzuty w naszym piątym przypadku, t. j. od jajników do układu żyły wrotnej *(v. portae)*. Jeżeli tylko przypomnimy sobie: 1) że żyły jajnikowe kończą się w ten sam sposób, jak żyły nasienne u mężczyzn, t. j. że niekiedy zostają w bezpośredniej styczności z układem żyły wrotnej i 2) że ujemne ciśnienie w głównym pniu tej ostatniej musi podlegać nader częstym, nagłym i nieproporcyonalnym zmianom, to każdy mi przyzna, że fale zwrotne ze żyły wrotnej do żył pęcherzyka żółciowego, kreskowych

[1]) Virchows Arch. Bd. CXXIV. 3. 1891 r.

i t. d. zdarzają się niewątpliwie bardzo często. Przedstawiony tylko co sposób przeniesienia się przerzutów może, na pierwszy rzut oka, wydać się mniej prawdopodobnym w opisanym przezemnie przypadku H. z Warszawy. U tej bowiem pacyentki w 18 miesięcy po wyłuszczeniu torbielo- mięsaków jajników pojawiła się recydywa w okolicy trzeciego lub czwartego żebra pod lewym gruczołem sutkowym. Jeżeli jednak przypomnimy sobie następujące okoliczności: że w lewym jajniku patologiczna ta sprawa w daleko większym stopniu była rozwinięta, że następnie można było wyczuć z lewej strony macicy stwardnienie niewielkich rozmiarów i że żyły nadbrzuszne wlewające się do żył biodrowych wewnętrznych, łączą się z żyłami sutkowemi i międzyżebrowemi, to odrazu w nader jasny sposób przedstawi się nam droga żylna, którą zator nowotworowy odbył u tej pacyentki. W tym ostatnim przeto przypadku należy przypuszczać, że w szypule pozostałej po wycięciu lewego jajnika, rozwinął się wtórny, niewielkich rozmiarów mięsak, z którego to ostatecznie zator drogą tylko co wymienionych żył dostał się do trzeciej lub czwartej żyły międzyżebrowej, gdzie dał początek rozwojowi spostrzeganego przez nas kościomięsaka żebra.

Mimo, że brak pośmiertnego badania zwłok czyni podane przezemnie spostrzeżenia po części mniej zaokrąglonemi a wyprowadzone wnioski mniej pewnemi, uważałem jednak za obowiązek do publicznej podać je wiadomości, gdyż tylko tym sposobem mogę na daną kwestyę zwrócić uwagę tych Kolegów chirurgów, którzy, będąc co do sekcyj mniej krępowani, rozporządzają pod tym względem dość znacznym materyałem.

III. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

Prof. E. H. Kisch: **Leczenie przypadłości u kobiet w latach zwrotu płciowego.**

Liczne przypadłości u kobiet w latach zwrotu płciowego są przeważnie następstwem zboczeń w obiegu krwi i zmian w układzie nerwowym.

Skłonność do krwawienia z rozmaitych organów, zwiększenie się transpiracyi skóry, zawroty, napadowo występująca tachikardya, objawy zastoju żylnego w trzewach brzusznych, krwawnice, niepokój umysłowy i fizyczny, niektóre zmiany chorobowe w narządzie płciowym obok wielu innych przypadów stanowią wcale sporą wiązankę dolegliwości nagabujących wiele kobiet w tym przejściowym okresie.

Co się tyczy leczenia, to dawniej często w tych przypadkach używanych upustów krwi, teraz zaniechano.

Środki przeczyszczające odgrywają tu z wielu względów ważną rolę a systematyczne ich stósowanie przynosi w wielu przypadkach znaczną ulgę. Wskazanie do ich podawania stanowią przekrwienia zastoinowe, nawały krwi, zmiany w narządach płciowych i ich częściach dodatkowych, tak często w tych latach napotykane a w końcu nawykowe zaparcie żywota.

Do dłuższego używania nadają się tamaryndy, manna, powidła śliwowe, rzewień i sole; natomiast wszelkich środków drastycznych należy unikać i co najwięcej do jednorazowego podania ograniczyć. Obok tego polecenia godne są lewatywy i wlewania do jelit wody 18—20° R., jak również opaski wilgotne na brzuch.

Z korzyścią można także używać wód mineralnych zawierających sól glauberską, jak Friedrichshall, Püllna, Saidschütz a leczenie w zakładach kąpielowych jak Marienbad, Tarasp, Karlsbad oddaje niekiedy bardzo dobre usługi.

Kąpiele letnie 24—25° R. są bardzo ważnym czynnikiem higienicznym i leczniczym, gdyż wpływając bardzo korzystnie na tak ważną funkcyę skóry, działają zarazem uspakajająco na system nerwowy i zapobiegają występywaniu chorób skórnych, jak trądzikowi, wypryskom, swędzeniu.

Z zakładów kąpielowych w tym celu polecenia godne są akratotermy w górskiej okolicy położone, jak Gastein, Johannisbad, Landeck, Wildbad; natomiast szczawy bogate w kwas węglowy, kąpiele żeleziste i solankowe uważa za nieodpowiednie z przyczyny ich działania pobudzającego na układ naczyniowy i z tem związanego napływu krwi do narządów w miednicy położonych. Przeciwwskazane są również kąpiele morskie i zabiegi wodolecznicze.

W znaczniejszych krwawieniach z macicy, typowych lub atypowych, wskazanem jest, stósownie do ich natężenia, spokojne leżenie na wznak dopóty, dopóki utrzymuje się krwawienie, miejscowo użycie zimna w postaci okładów na dolną część brzucha i wystrzykiwań pochwy czystą, zimną wodą, względnie z dodatkiem roztworu półtorachlorku żelaza (*Liquor sesquichlor. 15·0, aquae destill. 200·0*, z tego 2—4 łyżki na litr wody) a gdy to zawodzi, należy przystąpić do tamponowania gazą jodoformową.

Wewnętrznie poleca *Tinct. haemostyptica Deureli* (20 kropel kilka razy dziennie) i *Extractum fluid. hydrast. canadensis.* Obok tego zachowanie odpowiedniej dyety i uregulowanie stolca.

Świąd sromu i pochwy, nierzadkie a najwięcej dokuczliwe cierpienie, które czasem jest pierwszym objawem rozwijającego się raka części pochwowej, łagodzą najlepiej letnie kąpiele (25° R.) z dodatkiem kilograma otręb pszennych, codziennie po 20 minut bezpośrednio przed spaniem używane. Po kąpieli srom i jego okolicę należy po dokładnem obsuszeniu posypać pudrem według przepisu:

Acidi salicylici 2·0
Amyli oryzae
Talci veneti pulv.
āā 50·0

Pudrowanie to należy powtarzać kilka razy na dzień.

Wielki wpływ na zabezpieczanie i zmniejszanie przypadłości w tym okresie ma ścisłe uregulowanie dyety i ze względu na nie odróżnia dwa typy kobiet: jeden dobrze zbudowanych i odżywionych, pełnokrwistych, skłonnych do otyłości, drugi nerwowych o budowie wątłej; dla pierwszych jest wskazaną dyeta nie zbyt pożywna, unikanie pokarmów przysparzających tłuszczu ustrojowi, mocne ruchy fizyczne; dla drugich zaleca dyetę pożywną z obfitym dodatkiem substancyj skrobiowatych, unikanie wszelkich kwasów i napojów wyskokowych, spokój fizyczny i umysłowy.

Kobiety w tym okresie powinny również powstrzymywać się od częstego spółkowania i unikać wszelkich szkodliwości, któreby mogły sprowadzić nagłe ustąpienie regularności. Stan psychiczny tych kobiet zasługuje także na uwzględnienie ze strony lekarza. (*Therapeutische Monatsh. Nr. 2. 1893*).

Chirurgia.

E. Schwartz i E. Rochard: **Przyczynek do nauki o przepuklinach przeponowych uwięzłych.**

Niezupełnie jasna a bądź co bądź, co się tyczy leczenia, wcale nie załatwiona sprawa przepuklin przeponowych, jest tematem rozprawy, która powstała z okazyi jednego, ale ciekawego przypadku. Naprowadził on autora na pewne nowe myśli co do sposobu zarówno usunięcia uwięźnięcia jako też, o ile można, doszczętnego leczenia przepukliny a nadto rzucił pewne światło na błędy i trudności w jej rozpoznawaniu. Przypadek ten przedstawia się w krótkości tak: mężczyzna w sile wieku zgłosił się do szpitala prof. Duplaya z objawami od 14 dni trwającego *ileus*, który powstał nagle i bez żadnej przyczyny. Gdy wszelkie łagodniejsze środki zawiodły, przystąpił prof. Schwartz do laparotomii, podczas której mimo starannego przeszukania brzucha żadnej przeszkody ani guza nie znalazł, ograniczył się więc

na założeniu w okolicy kiszki ślepej sztucznej odbytnicy. Chory zaś pod objawami dalszego trwania niedrożności jelit dnia następnego umarł.

Sekcya wykazała w lewem podżebrzu, w głębi, przepuklinę przeponową z samego kolana przeginającego się jelita grubego utworzoną, uwięzłą i częściowo już dotkniętą zgorzelą, ale bez przedziurawienia. Nie ulega wątpliwości, że była to przepuklina nabyta, która zdaje się rownocześnie z powstaniem uległa uwięźnieniu, jakkolwiek wywiady o dobrowolnem (bez jakiegokolwiek wysilenia chorego) powstaniu temu się sprzeciwiają; rozpoznanie było czystem niepodobieństwem, bo nie było ani bolu w lewem podżebrzu ani zwiększenia się oporu. Ze strony płuc mogą wprawdzie być pewne znaki, jak stłumienie, brak szmerów i t. d. — ale zjawiska te można pomięszać z zapaleniem opłucny, a nadto odpowiadają przepuklinom bardzo wielkim a więc wrodzonym, a tu takiej nie było. Jeszcze smutniejsza, że nawet podczas laparotomii nie zrobiono rozpoznania, a jednak i to uważają autorowie, za zupełnie usprawiedliwione; tak trudną jest rzeczą, wobec wdęcia brzucha zbadać te głębokie zaułki podżebrowe.

Zresztą nawet wobec szczęśliwego rozpoznania terapia była bezsilną. Już wprawdzie Péan robił umyślnie laparotomię, celem usunięcia rozpoznanej przepukliny przeponowej, ale uwolnienie tym sposobem przepukliny wydaje się bardzo trudnem, czasem wprost niemożebnem. Samo pociąganie uwięzłej pętli jest daremnem lub szkodliwem; wprowadzenie noża po prostu niemożebnem, a i palcem za radą Malgaigna chyba trudnoby było wrota rozszerzyć. Przypuśćmy jednak, że i tę trudność się przezwyciężyło, czyż to obojętna, że zgorzelinowe jelito wpadnie do jamy otrzewnowej, a cała treść worka przepuklinowego tam się wyleje? Jeżeliby cudownym sposobem nawet to niebezpieczeństwo się ominęło, powstanie dziura w przeponie, której zaszycie jest wprost niemożebnem(?).

Wobec takich okoliczności, szukają autorowie innego dostępu do przepukliny przeponowej i znajdują go, przez opłucną (*par la voie transpleurale*); operacya jest możebną i nawet łatwą. Cięcie w kształcie U, T, lub H, długie na 12—15 cm., z wycięciem tymczasowem i uniesieniem 9. żebra. Jeżeli to nie wystarczy, można resekować i dziesiąte żebro; przystęp jest wyborny, na kopule przeponowej daje się łatwo przeprowadzić każdy zabieg.

Jeżeli zrobiono poprzednio laparatomię, należy cięcie brzuszne tymczasowo zamknąć szwami, aby sobie w danym razie można pomódz ze strony brzucha.

Co do niebezpieczeństwa powstającego z odmy i kurczenia się płuca, nie przedstawia się rzecz również groźnie. Przekonywają o tem obserwacye i doświadczenia Postempskiego w Rzymie, czynione z powodu ran przepony, który przytacza siedm przypadków wyleczonych przez operacyą wskróśopłucnową. Powietrze znikało szybko z jamy opłucnowej po jej dokładnem zaszyciu a płuco rozszerzało się w miarę tego tak, że 8go dnia zajmowało zwykle prawidłowe granice. Raz tylko widział lekkie zapalenie opłucnej. Nadzwyczaj dobre wyniki zawdzięcza Postempski, co prawda, temu, że miał zawsze do czynienia z ranami czystemi, z przepuklinami urazowemi nieuwięzłemi, w każdym razie są to rzeczy bardzo zachęcające. Choćby przyszło nawet do ropnego zapalenia opłucny, chory jeszcze ma więcej szans wyzdrowienia, niż bez wszelkiego zabiegu operacyjnego. W razie zgorzeli jelita należałoby bezwarunkowo robić resekcyą. Taką samą myśl, jak autorowie niniejszej rozprawy, ogłosił już w r. 1889 chirurg szwedzki Perman.

(Jakkolwiek praca omówiona przedstawia ciekawy, choć niezupełnie nowy przyczynek do leczenia przepuklin przeponowych i choć nie da się zaprzeczyć, że proponowana metoda ma wielkie zalety, razi w niej przesada w przedstawieniu trudności wynalezienia i operowania przepukliny od strony brzucha, a więc przez laparotomią. Tak niemożliwie rzecz się nie przedstawia, a skoro się już laparatomię zrobiło, co wobec niepewnych objawów tego rodzaju przepukliny najczęściej nastąpi, warto cierpliwie przeszkodę wyszukać a wyszukawszy spróbować odprowadzić; w ostatecznym zaś dopiero razie próbować drogi wskazanej przez autorów. Cięcie prof. Rydygiera podane do ran przeponowych, wydaje się i tu najodpowiedniejszem. *Przyp. sprawozdawcy.*). *Dr. Gabryszewski.*

Medycyna sądowa.

Ipsen: Przypadek otrucia kwasem azotowym.

I. wykonał sekcyę zwłok 55 letniej kobiety, która w zamiarze samobójczym otruła się kwasem azotowym. Sekcya wykazała charakterystyczne zmiany w górnej części przewodu pokarmowego, mianowicie żółte zabarwienie błony śluzowej jamy ust, gardziela i żołądka. Ściany żołądka były kruche; zniszczona błona śluzowa przedstawiała się jako bezpostaciowa miazga, bronzowo-żółto zabarwiona, zmięszana z czarnemi skrzepami krwi. Podobny obraz przedstawiała dwunastnica. Dokładne badania narządów doprowadziły autora do następujących wniosków: obraz anatomiczny otruć kwasem azotowym zyskuje na wybitności przez zmiany pośmiertne, zwłaszcza przez przenikanie kwasu przez nienaruszone ściany żołądka w okoliczne narządy, które ulegają nadżarciom; krew zaś krzepnie pod wpływem kwasu tak w sercu, jak i wielkich naczyniach.

Zupełnie zgodnie z doświadczeniami dokonanemi na zwierzętach, stwierdza się także w człowieku znaczne zmniejszenie alkaliczności krwi, jakkowiek nawet po spożyciu wielkich ilości kwasu odczyn krwi pozostaje zasadowym. Śmierć następuje w przypadkach o ostrym przebiegu wskutek zubożenia krwi i płynów surowiczych ustroju w sole zasadowe; zmniejszenie się bowiem ilości połączeń zasadowych wywołuje zboczenia w oddechaniu i krążeniu.

Obok zmian w przewodzie pokarmowym spotyka się w nerkach obraz nekrozy koagulacyjnej przybłonków cewek. (*Vierteljsch. f. ger. Med. 3. F. VI. 1. 1893. Dr. Wachholz.*

Notatki terapeutyczne.

Jak wypada z doświadczeń Poulsona i Quirlla, przez równoczesne podanie wyciągu korzenia paproci i tłustego oleju nastaje niebezpieczeństwo zatrucia, ponieważ czerwiogubny a i dla człowieka trujący bezwodnik kwasu paprociowego rozpuszcza się w tłustych olejach i łatwo wtedy może być wessany. Dlatego Poulson radzi, by równocześnie nie przepisywać wyciągu korzenia paproci i oleju rącznikowego, w miejsce którego można użyć snadnie kalomelu.

Crequy radzi w tym celu posługiwać się przepisem:

82) Rp. *Exti filicis aetherei 8·00*
Calomelanos 0·80
Div. in dos. aeq. sedecim.
D. in capsulis amylaceis.
S. Co 10 minut zażywać po dwie torebki.

W miejsce kreozotu zaleca Hughes u suchotników niegorączkujących benzosol według formuły:

83) Rp. *Benzosoli 5·00*
Olei menthae pip. 0·10
f. trochisci nro viginti.
S. W pierwszym tygodniu zażywać trzy razy dziennie po jedzeniu po kołaczyku, w 2., 3. i 4. tygodniu trzy razy dziennie po 2 kołaczyki, w 5. tygodniu jak w pierwszym, w 6. nic nie zażywać, w 7. rozpocząć nową kolej zażywania.

W przewlekłych ropieniach ucha środkowego mających skłonność do tworzenia ziarnin (granulacyj) zaleca Katz zapuszczanie roztworu wyskokowego kwasu borowego:

84) Rp. *Acidi borici 2·00*
Spir. vini rectificatissimi 98·00
MDS. Krople do uszu.
(*Ther. Mtshefte*).

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

W ubiegły wtorek, d. 11. lipca o g. $8^1/_2$ rano zebrali się w murach kliniki chirurgicznej uczestnicy zjazdu, by pod

przewodnictwem prof. Rydygiera, stałego prezesa zjazdów chirurgów polskich, rozpocząć doroczne obrady. Pod względem liczebnym zjazd tegoroczny przedstawia się skromniej, aniżeli zjazdy z lat ubiegłych, zwłaszcza, że z pośród tak licznych lekarzy ordynujących czyli prymaryuszów oddziałów chirurgicznych szpitali galicyjskich pierwszego dnia zjazdu nikt się nie stawił, co tem bardziej zadziwia, że trudno przypuścić, by wszyscy chirurdzy galicyjscy jednocześnie tak poważne mieli przeszkody, że przybycie na 3 dni do Krakowa byłoby dla nich niepodobnem.

Ze Lwowa przybyli Drowie: Wehr, z Warszawy Drowie: Sawicki, Radziwiłłowicz i Tokarski, z Kielc Dr. Czaplicki, z Oświęcima Dr. Łucki, z Prus Dr. Pomierski, z Radomyśla Dr. Ferensiewicz, z Białej Dr. Kapelusz.

Na zjeździe były więc reprezentowane głównie siły krakowskie, zwłaszcza, że na pierwsze posiedzenie oprócz dwu naszych professorów chirurgii, Drów Rydygiera i Obalińskiego oraz docentów Bossowskiego i Trzebickiego przyszło wielu profesorów Uniwersytetu Jagiellońskiego, mianowicie: Prof. Browicz, Cybulski, Pieniążek, Mars, Jaworski, Gluziński i Kostanecki. Lekarze wojskowi byli reprezentowani przez szefa sanitarnego Dra Hubera, lekarza sztabowego Dra Koprzywę, oraz 3-ch młodszych lekarzy wojskowych. Grono lekarzy krakowskich oraz asystenci i elewi kliniczni dopełniali kompletu; obrad zaś zjazdu słuchało, jak i w latach ubiegłych, kilkudziesięciu uczniów medycyny. W obradach przyjmowało udział podczas pierwszego posiedzenia ogółem około 30 osób.

Zanim przystąpiono do właściwej pracy zjazdowej, zwiedzano przez godzinę gmach i urządzenia wewnętrzne kliniki chirurgicznej. Ponieważ urządzenia te są czytelnikom *Przeglądu lek.* po większej części z osobistych oględzin lub opisów znane, ograniczę się do zanotowania, że w ciągu ubiegłego roku przybył klinice chirurgicznej wcale piękny ogród spacerowy, założony dla użytku chorych na placu, zajmującym około 1½ morgi, położonym za gmachem klinicznym. Ogród ten, w drobnych szczegółach jeszcze nie zupełnie wykończony, (np. brak jeszcze ławeczek) jest ze względu na zdrowie chorych, zwłaszcza rekonwalescentów, bardzo ważnym nabytkiem, a zarazem uciechą; to też od czasu nastania dni ciepłych prawie wszyscy nasi chorzy, cierpieniem do łóżka nieprzykuci, większą część dnia spędzają na świeżem powietrzu. Po zwiedzeniu kliniki i pracowni klinicznej, zebrano się o g. 10. przed południem w sali wykładowej.

Prof. Rydygier zagaja 1. posiedzenie zjazdu powitaniem przybyłych uczestników obrad; zaznacza, że zjazd tegoroczny jest stosunkowo nieliczny, gdyż bardzo wielu lekarzy warszawskich, uczęszczających dotychczas na zjazdy chirurgów polskich, wybiera się w tym roku na międzynarodowy zjazd lekarzy w Rzymie. Udanie się zjazdu zależy jedynie od ilości i jakości zapowiedzianych wykładów; dotychczas zapowiedziano ich niewiele, ale niewątpliwie niejeden wykład zostanie jeszcze w niedalekiej przyszłości zapowiedzianym. Co się zaś tyczy jakości, czyli treści wykładów, to nasze zjazdy bynajmniej nie ustępują niemieckim; dzięki uczestnictwu wielu kolegów niechirurgów a wykształconych zawodowo w innych gałęziach, teoretycznych, często miewamy na naszych zjazdach wykłady treści ogólniejszej, wysoką wartość mające. Tak samo zapowiada się i tegoroczny zjazd pod względem materyału. Ta okoliczność, że zjazd tegoroczny nie jest zbyt licznym, nie dowodzi bynajmniej, że zjazdy te odbywają się za często; przeciwnie, na poprzednich zjazdach musiano się zawsze spieszyć, by należycie materyał zjazdowy wyzyskać, a po utworzeniu nowego wydziału lekarskiego we Lwowie, zjazdy chirurgów polskich bodaj jeszcze częstsze będą.

Szczupłe zasoby pieniężne nie pozwoliły na wydanie dwu ostatnich tomów Pamiętnika zjazdu; w roku bieżącym Pamiętnik wyjść powinien w ciągu dwu miesięcy, jeśli wszyscy uczestnicy zjazdu wniosą obowiązkowe składki. Gdyby komitetowi redakcyjnemu pozwolono przez odpowiednią uchwałę w razie potrzeby umieszczać w pamiętniku skrócenia lub streszczenia wykładów i dyskusyj, możnaby wydawać Pamiętnik znacznie tańszym kosztem. Mowca prosi wykładających, by rękopisy wykładów swoich najdalej w ciągu kilku dni składali u sekretarza zjazdu, Doc. Dra Bossowskiego. Dr. Krajewski z Warszawy za pośrednictwem Dra Radziwiłłowicza przysłał okazowy pierwszy zeszyt nowego wydawnictwa chirurgicznego polskiego, którego redakcyą rozpoczął. Jest to rodzaj Archiwum, zatytułowanego P r z e g l ą d C h i r u r g i c z n y, a przedstawiającego się wspaniale[1]). Dr. Krajewski proponuje zjazdowi umieszczanie prac zjazdowych w tem nowem wydawnictwie; Prof. Rydygier wątpi jednak, czy dałoby się to urzeczywistnić ze względu na miejsce, jakie szczegółowe referaty zjazdowe zajmują i ze względu na to, że niepodobna zmuszać członków zjazdu do ogłaszania prac swoich w pewnem wydawnictwie, gdy ono nie jest urzędowym pamiętnikiem zjazdu. Zresztą Prof. Rydygier zamierza naradzić się w tej sprawie z kolegami przybyłymi z Warszawy; zastrzega więc sobie głos w tej sprawie na później. Tymczasem otwiera zjazd i proponuje wybór prezesa i jego zastępców. Jednomyślnie uproszono Prof. Rydygiera, by na stanowisku stałego prezesa zjazdu chirurgów polskich i nadal pozostał; na wniosek zaś Prof. Obalińskiego wybrano na zastępców prezesa Drów Wehra i Sawickiego. Na stanowisku sekretarza zjazdu pozostał Doc. Dr. Bossowski, skarbnika zaś Doc. Dr. Trzebicky.

Po wyborze prezydyum rozpoczął wykład:

Prof. B r o w i c z (z Krakowa): O p r z e s z c z e p i a l n o ś c i r a k a. Mowca nie opiera wywodów swoich na własnych doświadczeniach, gdyż tego rodzaju doświadczenia mają racyę bytu tylko wówczas, jeśli są prowadzone na wielką skalę; na to zaś stosunki miejscowe krakowskiego zakładu anatomii patologicznej stanowczo nie pozwalają. Z drugiej strony, w literaturze omawianego przedmiotu nagromadzono tyle faktów, że samo szczegółowe i krytyczne rozpatrzenie ich, do pewnych doprowadzić może wniosków. Jest faktem stwierdzonym, że rak jest przeszczepialny, a najwymowniejszym tego przykładem i dowodem jest doświadczenie Dra Wehra, w którem rak przeszczepiony na psa rozrastał się, tworzył przerzuty i w końcu zwierzę o śmierć przyprawił. Dotychczasowe doświadczenia nad przeszczepialnością raka dadzą się podzielić na 3 gromady:

I. Szczepiono kawałki tkanki rakowej ludzkiej na zwierzęta, podlegające tej chorobie (najczęściej psy, lecz także na małpy, szczury, króliki i świnki morskie); takich doświadczeń robiono dotychczas najwięcej a dały one, z wyjątkiem pierwszych doświadczeń Langenbecka) po większej części wyniki dodatnie, t. j. przeszczepione kawałki tkanki rakowej rozrastały się przynajmniej przez pewien czas.

II. Przeszczepiano tkankę rakową ze zwierząt na zwierzęta tegoż samego gatunku (raki u psów i szczurów są dość częste); wyniki doświadczeń tych były w jednych przypadkach ujemne, w innych dodatnie.

III. Wreszcie przeszczepiano tkankę rakową z człowieka na człowieka (właściwie z jednego miejsca na drugie u tego samego osobnika). Doświadczeń takich jest niewiele, ale są między nimi i takie, których wynik był dodatni.

Posługiwano się rozmaitemi metodami: przeszczepiano kawałki tkanki rakowej, wstrzykiwano zawiesinę z tkanek tych do tkanek zdrowych i krwi; zwierzęta niejako przygotowywano do tego zabiegu, starając się jakoby zmienić ich stan fizyologiczny przez zmianę pożywienia i innych warunków; do doświadczeń wybierano umyślnie zwierzęta stare. Tkanki fizyologiczne, przeszczepione z miejsca na miejsce lub z jednego ustroju na drugi, wchodzą w organiczny związek z nowem podłożem czyli p r z y r a s t a j ą. Nie rozrastają się nigdy, mogę jednak zastósować się do nowej głeby, zmieniając niektóre własności (np. skóra murzyna, przeszczepiona na Europejczyka po niejakimś czasie bieleje i odwrotnie). Należy jednak ściśle odróżniać p r z e s z c z e p i a n i e od w s z c z e p i a n i a, czyli t. z. *implantatio* tkanek

[1]) Wydawnictwo to omówionem będzie na innem miejscu. (Wyszło dopiero wczoraj d. 10 lipca).

w szczeliny lub do jam innego ustroju; doświadczenia wykazały, że tkanki wszczepione z jednego zwierzęcia na drugie tegoż samego gatunku, mogą się rozrastać; wszczepione zaś do ustroju odmiennego gatunku, ulegają zanikowi. Przeszczepianie z jednego ustroju na drugi jest tem łatwiejszem, im bliżej do siebie organizmy te stoją pod względem zoologicznym. Pomimo indywidualności i autonomii komórek, komórki rozmaitych zwierząt przedstawiają więc znaczne fizyologiczne różnice.

Ollier, który przez lat 30 pracował nad przeszczepianiem kości i okostnej, wykazał, że tkanki te, przeszczepione na podłoże, pod względem anatomicznym odpowiednie, przyjąć się mogą i najczęściej przyjmują; przeszczepione zaś na miejsce nieodpowiednie, powoli obumierają. Paweł Bert z przeszczepiania ogonów szczurzych miał dodatnie wyniki tylko wówczas, gdy posługiwał się do doświadczeń pewnym gatunkiem szczurów.

Przy rozrastaniu się przeszczepionych tkanek, rozrost ogranicza się jedynie i wyłącznie do komórek przeszczepionych; tkanki sąsiednie żadnego udziału w sprawie tej nie biorą. Tkanki embryonalne, przeszczepione na inny ustrój, rozrastać się mogą, ale tylko do pewnej granicy, poczem zanikają. Fischer obserwował zjawisko to na kończynach płodowych, przeszczepionych do grzebieni koguciclı. Taki sam wynik dają udane doświadczenia przeszczepienia tkanek rakowych. Zazwyczaj po niejakimś czasie tkanki te podlegają zanikowi. Doświadczenie Dra Wehra jest jednem z bardzo nielicznych pod tym względem wyjątków; w literaturze francuzkiej, bardzo bogatej w tej dziedzinie, znajduje się nader wiele faktów, które tego dowodzą.

Sposób powstawania przerzutów rakowych jasno dowodzi zdolności proliferacyjnej komórek rakowych; jest to niejako eksperyment naturalny. Zachodzi więc pewna analogia pomiędzy zachowaniem się przeszczepionych komórek tkanek fizyologicznych a komórek rakowych. Prof. Browicz mocno akcentuje, że zachowanie to jest tylko analogicznem, nie zaś jednakowem, gdyż obydwa te rodzaje wymienionych tkanek zachowują się zupełnie odmiennie w stosunku do tkanki sąsiedniej.

Fakty te stanowczo mówią przeciwko teoryi pasożytniczej raka, opartej na badaniach, które miały wykazać etyologię tej choroby: *coccidia*, *sporozoa*, drobnoustroje a wreszcie ameby. Oddawna już krąży w literaturze patologicznej pojęcie, że sama komórka rakowa jest niejako pasożytem.

Na zasadzie wszystkich powyż przytoczonych danych, skrzętnie z literatury właściwej zebranych a dowodzących, że rak w pewnych okolicznościach jest przeszczepialnym, że istnieje jednak w tej przeszczepialności wielka analogia pomiędzy tkanką rakową a fizyologiczną, dochodzi prof. Browicz do wniosku, że stwierdzona przeszczepialność raka bynajmniej nie przemawia za domniemaną jego naturą pasożytniczą. Pomiędzy zmianami w narządach, wywołanemi przez choroby zakaźne a *coccidia* lub *sporozoa* również żadnej analogii upatrywać nie można. Bujanie komórek wątrobianych w otoczeniu kokcydyów różni się zasadniczo od bujania komórek rakowego; nie jest ono bowiem niczem innem, jak tylko zwykłem oddziaływaniem ustroju, spostrzeganem bardzo często w sąsiedztwie ciał obcych, wprowadzonych do tkanki. (C. d. n)

V. Wiadomości bieżące.

— Do izby lekarskiej krakowskiej wybrano w Krakowie w d. 30. czerwca r. b. członkami na 107 głosujących: Dra Stanisława Paszkowskiego 95 głosami, prof. Dra Macieja Leona Jakubowskiego 80 gł., prof. Dra Henryka Jordana 62 gł., prof. Dra Józefa Łazarskiego 56 gł.; zastępcami doc. Dra Aleksandra Zarewicza 95 gł., prof. Dra Przemysława Pieniążka 82 gł., Dra Maksymiliana Kohna 82 gł., Dra Augusta Kwaśnickiego 77 gł.

— W ostatnich wyborach do Rady miejskiej krakowskiej ukończonych w dniu 28. z. m. wybrani, wszyscy z kuryi ludzi umysłowo pracujących czyli t. zw. inteligencyi, lekarze prof. Dr. Henryk Jordan, prof. Dr. Stanisław Domański, Dr. Stanisław Paszkowski, prof. Dr. Stanisław Pareński i Dr. Ludwik Wiszniewski, co razem z należącymi do poprzedniej kadencyi wyborczej prof. Obalińskim Alfredem i Drem Maksymilianem Kohnem sprawia, iż obecnie zasiada w Radzie miejskiej krakowskiej 7 lekarzy. Stanowi to 11·6% członków Rady miejskiej a nieco mniej, niż 5% całego grona lekarzy krakowskich. Po prawnikach, t. j. adwokatach i profesorach Wydziału prawnego, stan lekarski jest najliczniej reprezentowany w korporacyi, o której mowa.

— Dr. Wiktor Idziński, b. elew kliniki chirurgicznej krakowskiej i b. lekarz pułkowy, czynny członek Tow. lek. krak., został mianowany przez Wydział krajowy uchwałą z dnia 16. czerwca r. b. lekarzem ordynującym szpitala żywieckiego. Znając kol. Dra Idzińskiego jako lekarza energicznego, postępującego ciągle z nauką, cieszymy się z tej nominacyi i życzymy mu na nowem stanowisku jak najlepszego powodzenia ku dobru cierpiącej ludzkości i nauki.

— Jak było zawsze podczas zjazdów poprzednich, tak i tego roku podejmowali Państwo Profesorstwo Ludwikowie Rydygierzy członków zjazdu chirurgicznego a obok nich liczne grono osób należących przeważnie do uniwersytetu krakowskiego w majętności swej w Mydlnikach odległych na kilka kilometrów od Krakowa. Niezrównana gościnność Szanownych Gospodarstwa, piękny park położony na wzgórzu, z którego prześliczny roztacza się widok na Kraków i urocze jego okolice, koncert znakomitej orkiestry wojskowej, wspaniała uczta na tarasie pałacowym pod gołem a pogodnem niebem, przeplatana całym szeregiem poważnych lub tryskających dowcipem toastów złożyły się na wieczór tak miły dla wszystkich jego uczestników, iż dopiero o północy opuszczali zaproszeni dom gościnny unosząc z sobą wspomnienie chwil nader przyjemnie spędzonych u Prezesa zjazdu, umiejącego tak wybornie łączyć cele naukowe ze względami towarzyskiemi.

— Otrzymujemy z Krynicy następującą wiadomość:

Przed paru tygodniami powstała myśl między lekarzami praktykującymi w Krynicy zawiązania kółka koleżeńskiego, mającego na celu rozbudzić i zacieśnić węzły życia koleżeńskiego.

D. 27. czerwca b. r. zebrali się wszyscy koledzy w mieszkaniu lekarza zakładowego kol. Kopffa, gdzie omówiono pewne kwestye tyczące się wzajemnego stósunku kolegów do siebie.

Ostatecznie postanowiono ułożyć pewien rodzaj regulaminu, do którego wszyscy koledzy mają się zastósować. Następnie uchwalono, aby zebrania, na których omawiać się będzie bądź sprawy zawodowe, bądź też koleżeńskie, odbywały się kolejno u każdego z kolegów co piątek.

Do kółka tego przystąpili wszyscy koledzy w Krynicy praktykujący z wyjątkiem jednego.

Już sama myśl a dziś jej urzeczywistnienie, znalazły wyrazy zadowolenia wśród kolegów, bo kółko takie przyczyni się niewątpliwie do podtrzymania łączności koleżeńskiej i podniesienia powagi stanu lekarskiego.

— W towarzystwie lekarzy szpitalnych paryskich zdawał sprawę Dr. Gaillard ze swych spostrzeżeń nad cholerą, z których wypada, że reakcya źrenic jest dobrym znakiem prognostycznym, brak zaś jej lub znaczne upośledzenie złym. Podwyższenie się odruchów ścięgnistych w *stadium algidum* jest znakiem bardzo niepomyślnym, równie jak jego brak.

Według Bérillona jest ogryzanie paznogci, *onychophagia*, znakiem zwyrodnienia układu nerwowego a towarzyszą mu zawsze (?) popuszczanie moczu, strachanie się nocne i t. d.

— *British medical Journal* zdaje systematycznie sprawę ze szczepień przeciw cholerze Haffkina i Hankina w Indyach Wschodnich. Dotychczas nie można mówić o żadnym skutku tem bardziej, iż szczepienia robi się tylko na osobach pochodzenia angielskiego, które i tak mało stósunkowo ulegają cholerze; ludność zaś pierwotna, miejscowa z powodu przesądów religijnych nie pozwala na szczepienie. Haffkin i Hankin sądzą, iż dowód nieszkodliwości szczepień na ludności angielskiej przekona i ludność miejscową i dozwoli na niej robić doświadczenia.

— Z rozbiorów chemicznych okazało się w Belgii, iż jest tam mało piw nie zawierających w sobie sacharyny. Dlatego wydano rozporządzenie nakazujące nietylko browarom, ale

i wszelkim lokalom sprzedaży, używać do oznaczania takich wyrobów, zawierających sacharynę wyrazów w oko łatwo wpadających: *produits saccharinés.*

— *Międzynarodowy kongres lekarski w Rzymie.* Udający się nań z zagranicy nie otrzymują w Austryi, Niemczech i Szwajcaryi żadnego zniżenia cen biletów kolejowych; płacą więc aż do granicy włoskiej za bilety do podróży zwykłe, powrotne i okrężne ceny jak wszyscy inni podróżni; dopiero na granicznych stacyach włoskich otrzymują członkowie kongresu i dorosłe osoby ich rodzin za okazaniem osobnej karty legitymacyjnej bilety do podróży tam i napowrót za połowę ceny t. j. z opuszczeniem 50%, bilety zaś okrężne ze zniżeniem o 20% od cen zwykłych. Te zniżenia ceny dla członków kongresu trwają od 1. września do 31. października. Owe osobne karty legitymacyjne do podróży będą wydawane dopiero w sierpniu i zawierać obszerne instrukcye do podróży wraz z cenami biletów kolejowych do Rzymu, planami jazdy i cenami podróży okrężnych. — Mieszkania zamawiać można naprzód u jeneralnego sekretarza kongresu, prof. Maragliano w Genui. Niema, jak zaręczają, obawy o brak pomieszczenia członków kongresu po hotelach i domach prywatnych. Przypomina się w końcu, że karta udziału w kongresie dla członka kosztuje 25 franków, dla ich żon zaś 10 franków.

Komitet wykonawczy tegoż zjazdu zwraca uwagę, iż z d. 31. b. m. upływa ostateczny termin nadsyłania jeneralnemu sekretarzowi treści odczytów i opartych na nich wniosków.

— Na posiedzeniu Towarzystwa medycyny wewnętrznej w Berlinie w dniu 3. b. m. odbytem okazał prof. Leyden preparat złośliwego zapalenia wśródsierdzia (*endocarditis maligna*) u chorego, który przedtem dostał wiewióra, zapalenia przyjądrza i gośćca wiewiórowego, preparat, w którym oprócz zwykłych zmian makroskopijnych wykrył prof. Leyden niewątpliwe g o n o k o k i N e i s s e r o w s k i e bez streptokoków i stafilokoków. Jestto wykazanie po raz pierwszy bezpośredniego związku między wiewiórem a złośliwem zapaleniem wśródsierdzia a zarazem dowód wielkiego znaczenia i niebezpieczeństwa wiewióra.

— **Cholera**. Według ostatnich wiadomości cholera szerzy się, lubo wcale nie gwałtownie, na południu Francyi a i północny zachód tego kraju nie jest dotychczas wolny od zarazy. W Rosyi europejskiej pojawiają się w niektórych guberniach przypadki sporadyczne; natomiast wzmogła się cholera na Podolu rosyjskiem, gdzie według dat urzędowych w tygodniu od 18. do 24. czerwca (zapewne starego stylu) zachorowało 301 a umarło 100 osób. Ostatniemi dniami donoszą o pojawieniu się choroby podobnej do cholery w Dees w Siedmiogrodzie i innych miejscach na południu Węgier. Ze środków ostrożności użytych przez rząd węgierski wnosić należy, iż pojawiła się tam niewątpliwie cholera azyatycka. Bardzo gwałtownie grasuje cholera w Arabii mianowicie w Dżeddah, w Mekce, dokąd ją zawlekli pielgrzymi mahometańscy z Jemenu, tudzież w niektórych miastach Turcyi azyatyckiej.

— **Nekrologia**. Zmarli: W dniu 9. b. m. w Częstochowie w 65 r. ż. Heliodor M u l i e w i c z, lekarz powiatu częstochowskiego, W dniu 25. czerwca w Upsali w 66 r. życia Dr. Nils Gustaw K j e l l b e r g, profesor psychiatryi w uniwersytecie upsalskim, jeden z najznakomitszych psychiatrów szwedzkich, wielce zasłużony przez wprowadzenie do Szwecyi systemu rozumnej opieki nad umysłowo chorymi.

Korespondencya redakcyi.

Szanownych autorów prac Przeglądowi lekarskiemu nadesłanych a dotychczas jeszcze nie wydrukowanych upraszamy o cierpliwość; nie podobna bowiem przekraczać ram pisma a i pewna rozmaitość treści co do artykułów oryginalnych jest konieczna i odpowiada życzeniom czytelników i abonentów naszego pisma.

W artykule Dra L. Gąsiorowskiego w nrze 27, str. 365, szpalta II., w. 20 od góry zamiast *zupełnego zniszczenia jąder*, ma być *zupełnego zniszczenia moszen i całkowicie ogołoconych jąder.*

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 22. Lipca 1893. Nr. 29.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Niepokój źrenic czyli drgawki tęczówki [1])

(*Hippus s. oscillatio s. instabilitas s. nystagmus pupillae s. chorea iridis*).

Opisał
Dr. med. Br. Ziemiński.
Ordynator Instytutu Oftalmicznego w Warszawie.

Przez lat kilka będąc czynnym w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, jako konsultant w chorobach oczu, niejednokrotnie miałem możność ścisłego rozpatrywania objawów ocznych w chorobach różnych narządów ustroju. Doświadczeniem, nabytem w ten sposób, od czasu do czasu chcę się podzielić z szerszem gronem kolegów.

Obecnie zamierzam zwrócić uwagę na znaczenie t. zw. niepokoju źrenic w pewnych chorobach układu nerwowego.

Właściwie, pochop do niniejszego opisu dała mi praca A. Guépina, pod tytułem: „*Sur les modifications passagères du diamètre de la pupille connues sous le nom d'hippus*“ umieszczona w czasopiśmie *Annales d'oculistique*, zeszyt drugi z r. b. Krytyczne zestawienie całej literatury danego przedmiotu doprowadziło Guépina do trafnego wniosku, że t. zw. *hippus* dotychczas jest objawem niedostatecznie ściśle określonym: przeto, sądzi on, należałoby przeprowadzić dalsze badania w celu wyświecenia istoty i znaczenia tego objawu. Ze względu, ze powyższa publikacya francuzka zawiera li tylko krytyczny przegląd literatury w tej mierze, uważam więc za zbyteczne streszczać ją; natomiast, w głównych zarysach skreślę wyniki swych osobistych, licznych spostrzeżeń, co do występowania objawu niepokoju źrenic. zwłaszcza w pewnych chorobach ośrodkowego układu nerwowego, wreszcie podam niektóre ze znanych sobie z literatury szczegółów, pominiętych w pracy Guépina.

Nazwa *hippus* dla oznaczenia drgawek tęczówki wprowadzona została do terminologii okulistycznej nie, jak twierdzi Guépin, w połowie bieżącego stulecia, lecz była już znaną w r. 1742 (Mauchart) [1]). Zaznaczyć należy, że od czasów Hippokratesa aż do Maucharta pod mianem *hippus* rozumiano drżenie gałek ocznych czyli bieganie oczów (*nystagmus bulbi*) [2]).

Jakkolwiek łatwo stwierdzić, zwłaszcza badając za pomocą lupy dwuocznej Westiena i Zehendera, że w warunkach fizyologicznych odbywają się niemal bezustanne drgania brzegu tęczówki, jednak ztąd wynikający, nieustanny ruch oscylacyjny u osób zdrowych jest tak mało wydatny, waha się w granicach tak szczupłych, tak trudny jest do dostrzeżenia, że śmiało rzec można, iż w stanie zdrowia i przy równoległości osi wzrokowych tudzież przy jednostajnem natężeniu światła źrenice, rozpatrywane gołem okiem, zachowują stałe wymiary. Natomiast, zdarza się spostrzegać w tychże samych okolicznościach u niektórych chorych szczególny, stały niepokój źrenic w postaci przemiennego i samoistnego zwężania i rozszerzania się źrenicy. Takie wahania w wymiarach źrenicy następują dosyć nierówno, tak co do czasu, jakoteż co do wydatności drgawek tęczówki, a mianowicie, przestanki między osobnemi skurczami trwają nie za każdym razem jednakowo długo, zwykle jednak nie dłużej nad 1 do 2 sekund. Ruchy tęczówki są raptowne, rozległe i nieprzewidziane; źrenica to się zwęża, to rozszerza, bez widocznej przyczyny, jak u wielu ptaków, naprzykład u papugi lub u sowy, i nieraz nadaje wyrazowi twarzy

[1]) Nie jest tu mowa o falowaniu tęczówki (*Iris tremulans*, *iridodonesis*), które niekiedy mylnie przezywają drganiem tęczówki. Falowanie tęczówki stanowi czysto bierny ruch tej błony, który występuje za każdem poruszeniem gałki, ile razy tylko tęczówka utraciła swoją naturalną podporę, przednią wypukłość soczewki. Objaw ten może być także następstwem znacznego nagromadzenia się cieczy w przedniej komórce oka (*Hydrophthalmus anterior*).

[1]) Hirschberg. Wörterbuch der Augenheilkunde. 1887. str. 42.

[2]) Br. Ziemiński. O drżeniu gałek ocznych i t. d. *Gazeta Lek. 1888.*

uderzające wejrzenie. Tęczówka oddziaływa na bodźce swoiste pomimo drgawek, które regulują się według takiego rozwarcia się źrenicy, jakiego wymaga stopień natężenia światła i stopień natężenia akomodacyi oraz zbieżności oczów.

Badanie tego objawu, jak wogóle wszystkich objawów źrenicznych, powinno odbywać się przy niezbyt jaskrawem, przy rozproszonem świetle dziennem. Używać tu należy takiego stopnia natężenia światła, aby źrenice były średniej szerokości, t. j., aby promienie świetlne jak najmniej uszczuplały zarówno czynność zwieracza, jako też i rozszerzacza źrenicy. Oświetlenie boczne nie nadaje się do rozpatrywania tego objawu, gdyż nasamprzód siła oświecenia nie bywa w tym razie stałą, a następnie, w skutek nieuniknionych zmian w położeniu soczewki, za pomocą której się bada, obraz świetlny na siatkówce przesuwa się z miejsca na miejsce, ztąd zaś w miarę, o ile nowe pierwociny siatkówki ulegają bodźcowi świetlnemu, muszą powstawać odruchowe skurcze zwieracza. W rzeczy samej, oświetlenie boczne może sprowadzić drgawki podobne do objawu niepokoju źrenic.

* * *

Lubo w wielu monografiach, tyczących się objawów źrenicznych, nie spotykamy nawet krótkiej wzmianki o objawie, w mowie będącym, a Hirschberg i wielu innych okulistów stanowczo podaje w wątpliwość istnienie tego objawu, prócz u chorych, dotkniętych padaczką, lub dotkniętych drżeniem gałek ocznych (zwłaszcza przy ośrodkowem pochodzeniu tego objawu) albo wreszcie u chorych, będących w okresie wstecznych przemian porażenia mięśni narządu wzrokowego, atoli śmiało mogę twierdzić, że objaw ten jest pospolitszym, aniżeli się przypuszcza. Niepokój źrenic zespala się z niektóremi chorobami wnętrza oka (np. występuje w okresie początkowym sympatycznego zapalenia oka), dalej z drgawkami powiek i ze stanami spazmatycznemi zewnętrznych mięśni oczów lub mięśnia akomodacyjnego. Zależy też często od zmian chorobowych w okolicy skrzyżowania się nerwów wzrokowych (w tym razie występuje łącznie z objawem połowiczego widzenia) a niekiedy od guzów tkwiących w móżdżku. Wreszcie niepokój źrenic nieraz wybucha u chorych w początkowym okresie ostrego zapalenia opon mózgowych oraz w przebiegu bezwładu postępowego i wielu chorób umysłowych [1]), tudzież w napadach padaczki macinniczej (*hysteroepilepsia*).

Zresztą, uważnie rozpatrując objawy źreniczne w różnych chorobach ośrodkowego układu nerwowego, łatwo się przekonać, że niepokój źrenic dosyć często występuje w przypadkach wieloogniskowego mózgordzeniowego stwardnienia (*sclérose en plaques du cerveau et de la moëlle epinière*). Drgawki tęczówki zawsze tu dotyczą obu oczów w równej mierze; widzi się je zarówno we wczesnych jakoteż i w późnych okresach wspomnianego cierpienia, niekiedy bywają one jedynym objawem mózgowym, zwykle jednak towarzyszą innym objawom mózgowym, jakoto zawrotom głowy, zboczeniom w mowie i drżeniu gałek ocznych. Najczęściej nie sposób wprowadzić ten objaw źreniczny w związek z tem lub owem zboczeniem w narządzie wzrokowym, gdyż niejednokrotnie nie dostrzega się żadnych zmian w nerwie wzrokowym, a nieraz znów, gdzieby się chciało orzec, iż niepokój źrenic zostaje w pewnej zależności od współistniejącego biegania oczów, badanie dokładniejsze przekona, że w mowie będący objaw źreniczny występuje nawet przy patrzeniu wprost, t. j. podczas spokoju gałek ocznych, gdy ich drżenie ujawnia się przy wydatnych krańcowych zwrotach oczu w tę lub w ową stronę.

Dla uniknienia możliwego błędu w obserwacyi, w przypadkach, w których chory wstrząsa głową, należy starannie unieruchomić głowę, najlepiej położywszy pacyenta na wznak. Jeżeli zaś osoba badana trzyma głowę spokojnie, objaw drgawek tęczówki uwydatnia się należycie przy krańcowem skierowaniu wzroku ku górze, co może nastąpić po odrzuceniu głowy w tył. Niepokój źrenic wzmaga się przy raptownem zwiększeniu oświetlenia, gdyż już w okolicznościach prawidłowych, przy zmiennem natężeniu oświetlenia, źrenica dochodzi do zwykłych rozmiarów, ustala się, że tak rzekę, dopiero po kilkakrotnych wahaniach w swoim wymiarze.

Drgawki tęczówki dostrzega się w przebiegu wielu cierpień, w których sprawa chorobowa ogarnia okolicę ośrodków mięśni ocznych. Kilkakrotnie mogłem się przekonać o obecności objawu niepokoju źrenic w szeregu wczesnych objawów wiądu rdzenia [1]) Na podstawie kilku przypadków, przez czas dłuższy spostrzeganych, twierdzę, że niekiedy w stwardnieniu wieloogniskowem i w wiądzie, niepokój źrenic i nieraz temuż towarzyszące wzmożenie się pobudliwości zwrotnej stopniowo zanika, aż wreszcie stwierdza się objaw odrętwienia zwrotnego źrenicy. Zachodzi więc w tym razie fakt podobny do tego, jaki zaznaczono, badając objaw kolanowy, mianowicie, że przed utratą tego odruchu istnieje okres wzmożenia się objawu kolanowego.

Lecz i w innych chorobach mózgowych zdołano wykazać istnienie niepokoju źrenic i to zazwyczaj współcześnie z innemi ruchowemi lub czuciowemi objawami podrażnienia. Dodajmy tu, że objaw ten dosyć pospolicie występuje w tych przypadkach spraw ogniskowych w mózgu, w których po napadzie apoplektycznym przedstawia się obraz porażeń połowiczych tudzież wtórnych, ruchowych objawów podrażnienia w mięśniach porażonych, jako to drżenie oraz ruchy podobne do pląsawiczych. W tego rodzaju sprawach ogniskowych niepokój źrenic zwykle dostrzega się tylko po jednej stronie i to zawsze niemal nie po tej stronie, gdzie tkwią zboczenia ruchowe w kończynach. Rzecz dziwna, że w przypadkach pląsawicy (*chorea*) nigdy dotychczas nie zaznaczono obecności objawu niepokoju źrenic.

Dalej, drgawki tęczówki spotyka się nietylko w krwotokach mózgowych, lecz i u chorych, dotkniętych krwotokami pod oponą twardą mózgu, wreszcie w zapaleniu krwotokowem tejże błony (*haemorrhagiae subdurales, pachymeningitis haemorrhagica*).

[1]) U osób młodych, będących w okresie wyzdrawiania z chorób umysłowych o przebiegu ostrym, nieraz można widzieć wyraźny niepokój źrenic za najmniejszem pobudzeniem psychicznem. To zjawisko odgrywa pewną rolę w rokowaniu, co do stanu zdrowia pacyenta, gdyż wskazuje w okresie wyzdrawiania z tych chorób, że u danej osoby równowaga nerwowa niezupełnie jeszcze przywróconą została, że więc chory koniecznie potrzebuje i nadal ścisłej opieki.

[1]) Tu wspomnę, że spotyka się przypadki wiądu rdzenia, w których źrenica dobrze oddziaływa na światło, lecz zwężenie źrenicy szybko przemija. Po znacznem zwężeniu następuje rozszerzenie się źrenicy a wreszcie daje się zauważyć kilka wydatnych wahań w jej wymiarze. Ten rodzaj oddziaływania źrenicy u tabetyków powinien nosić miano objawu Gowersa: on bowiem pierwszy opisał ten objaw w r. 1883.

Przy starannem badaniu źrenic nieraz ma się sposobność dostrzegania rytmicznych drgawek tęczówki u osób dotkniętych ogólną niemocą nerwową (*neurasthenia*) lub też macinnicą (*hysteria*). Ten objaw źreniczny uwydatnia się w miarę większego pobudzenia chorych tej kategoryi [1]).

* * *

Wiadomo, że drobne wahania w wymiarze źrenicy, stale dostrzegalne zapomocą odpowiednich narzędzi optycznych w okolicznościach fizyologicznych, są w zupełności niezależne od zwykłych czynników, wywierających ten lub ów wpływ na ruchliwość tęczówki; nie są one zależne ani od natężenia światła, ani od zbieżności osi wzrokowych, ani od ciśnienia krwi. Zdaje się więc, jakoby zależały od nieustronnego i to na przemian występującego działania na nasz ustrój to bodźców czuciowych, to znów podniet psychicznych, wywierających wpływ na ruchliwość tęczówki.

Stósując to rozumienie rzeczy do okoliczności patologicznych, trzebaby uznać objaw niepokoju źrenic, wykazany w chorobach wyżej opisanych, jako wzmożenie się zjawiska samo przez się fizyologicznego [2]). Zjawisko to uwydatnia się albo wskutek większej energii bodźców do pewnego stopnia fizyologicznych; przypuszczenie takie nadawałoby się do zrozumienia wybuchu drgawek tęczówki w przypadkach ogólnej niemocy nerwowej (neurastenii), albo wskutek większej wrażliwości ośrodków, które panują nad ruchami tęczówki. Dalej, zdawałoby się, że prócz tych podniet fizyologicznych w pewnych okolicznościach mogą wejść w grę albo bodźce patologiczne, wywierając wpływ na ruchy tęczówki — to przypuszczenie stósowałoby się do wspomnianych przypadków porażeń połowiczych z następowemi objawami ruchowych podrażnień — alboteż, że w ośrodkach, kierujących ruchami tęczówki, wybuchają nieprawidłowe, samodzielne, przerywane (przepuszczające) sprawy pobudzenia, któreby wywoływały objaw niepokoju źrenic. Te sprawy pobudzenia mogłyby być sprawione zarówno przez zmiany zapalne, jakoteż przez zboczenia naczynioruchowe w ośrodkach nerwowych.

Lecz w wielu przypadkach, dla zrozumienia istoty objawu niepokoju źrenic, byłoby trafniejszem, sądzę, przypuszczenie, że raptowne, rozległe i nieprzewidziane ruchy tęczówki, wskutek których następuje przemienne i samoistne zwężanie i rozszerzanie się źrenicy, stanowiące objaw chorobowy drgawek tęczówki, podobnie jak i objaw drżenia gałek ocznych, polega na niedostatecznem nanerwieniu (*innervatio*) korowem; przeto niepokój źrenic byłby szczególną postacią drżączki pochodzenia korowego. Według tego przypuszczenia należałoby sądzić, że nanerwienie następuje tu popędowo, wybuchowo, a to wskutek niedostatecznego pobudzenia, czy też niedostatecznej pobudliwości ośrodków ruchliwości źrenicznej. Zgodnie z tem rozumieniem istoty objawu niepokoju źrenic trzebaby przypuszczać, że w przypadkach drgawek tęczówki u osób, dotkniętych stwardnieniem wieloogniskowem lub też wiądem rdzeniowym, rzeczone zboczenie ruchowe powstaje skutkiem wytworzenia się ognisk chorobowych w sąsiedztwie ośrodków odpowiednich. Co do stwardnienia wieloogniskowego, przekonano się, że w ogniskach (n. p. w nerwie wzrokowym) włókna nerwowe nie są zupełnie zniszczone, lecz pozbawione osłonki rdzeniowej; zatem przewodliwość nie jest w zupełności stracona, jeno znacznie utrudniona. — Ztąd działanie ruchowych popędów (*impulsus*) korowych na odpowiednie ośrodki zostaje w mniejszym lub w większym stopniu znacznie osłabione, rozwija się więc nie zupełne porażenie korowe, lecz tylko drżączka (*Schüttellähmung*). W innych chorobach ośrodkowego układu nerwowego, mianowicie, w sprawach zapalnych i krwotokowych, którym niekiedy towarzyszy niepokój źrenic, należałoby sądzić, iż rzeczony objaw źreniczny powstaje w niezupełnem porażeniu ruchowem kory mózgowej w okolicy potylicowej.

Ostatecznie, wiadomo, że substancya szara kory mózgowej wywiera wpływ zarówno na ośrodek rozszerzania, jako też na ośrodek zwężania się źrenicy.

[1]) Stwierdza się też szczególne oscylacye rytmiczne tęczówki w objawie oddechowym Cheyne-Stokesa. Wraz z przestankiem w oddychaniu źrenica zwęża się oraz traci wrażliwość na światło a dopiero za pierwszym oddechem (wciągnięciem powietrza) lub nieco przedtem zaczyna się rozszerzać i wahać w swoich wymiarach.

[2]) Zachodzi tu pewna analogia z mruganiem powiek, które jest zjawiskiem prawidłowem a dopiero, gdy staje się zbyt częstem, nabiera cech objawu chorobowego.

II. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

Wpływ wstrzykiwań soli kuchennej do krwi na wessanie cieczy.

Podali

Dr. A. Beck i prof. G. Gärtner.

(Dok. Patrz Nr. 28).

Doświadczenia powyżej opisane wypadły zupełnie tak, jak się tego spodziewaliśmy na podstawie pracy Heidenhaina. Są one także zgodne z wynikami badań, które niedawno Gravitz [1]), o wiele póżniej po rozpoczęciu naszej pracy ogłosił. I Gravitz wstrzykiwał także NaCl (i inne substancye) do krwi; jednakże badał wyłącznie wpływ tego zabiegu na zgęszczenie krwi, które w jego doświadczeniach zmniejszało się regularnie po wstrzyknięciu NaCl.

Nasze doświadczenia pouczyły nas wprost, że zwiększenie się ilości soli we krwi przyspiesza w znacznym stopniu wessanie płynu z jelita i jam surowiczych. Podczas gdy w przeciągu 15—30 minut u zwierzęcia prawidłowego względnie mała ilość wody z podwiązanej pętli jelitowej ulega wessaniu, można było przez wprowadzenie soli do krwi wywołać resorbcyę całego, albo prawie całego płynu. Podobne wyniki, jak widzieliśmy, dawały doświadczenia w jamie opłucnowej i w stawie. Wstrzyknięcie soli do krwi powiększa zatem i przyspiesza wessanie płynu a ztąd wynika samo przez się przypuszczenie, że to spostrzeżenie doświadczeniem nabyte może znaleść zastósowanie praktyczne. Aż nadto często znajduje się lekarz w tej potrzebie, że musi się starać o pobudzenie i przyspieszenie wessania wysięków. W farmakopei jest osobna grupa środków mających służyć do tego celu. Każdy jednak niezawodnie przyzna, że działanie tych środków naszym życzeniom i oczekiwaniom odpowiada tylko niezupełnie. Injekcya soli kuchennej do krwi, o której nieszkodliwości u zwierząt mogliśmy się przekonać, przewyższa wszystkie inne środki w tak znacznej mierze, że należałoby spróbować także tego

[1]) Klinisch-experimentelle Blutuntersuchungen. Zeitschr. f. klin. Med. 1893.

zabiegu u ludzi w przypadkach, w których się rozchodzi o ocalenie życia lub funkcyi ważnego narządu.

Oderwanie siatkówki może posłużyć jako przykład dla drugiej kategoryi przypadków. Tu rozchodzi się tylko o wessanie kilku kropel płynu, co niezawodnie łatwiejby w ten sposób można uzyskać, niż za pomocą używanych dotąd środków.

Jako przypadki, w którychby zabieg powyższy mógł się przyczynić do ocalenia życia, wymieniamy: *hydrocephalus acutus*, znaczne wysięki osierdziowe i wreszcie mocne biegunki, jakie napotykamy w przebiegu cholery azyatyckiej, czasem i swojskiej i w niektórych otruciach.

Można się o to spierać, czy zejście śmiertelne w przebiegu cholery przypisać należy tylko zagęszczeniu krwi, czy też i inne wpływy współdziałają; okoliczność, że zwykła infuzya fizyologicznego rozczynu soli kuchennej sprowadza przemijająco tak widoczne polepszenie, przemawia za tem, że zagęszczenie krwi samo przez się wywołuje ciężkie objawy, albowiem zatrucia z pewnością nie możnaby usunąć przez infuzyą. Wyobrażamy sobie zatem, że możnaby przez wstrzyknięcie zgęszczonego rozczynu soli kuchennej do żyły odwrócić prąd cieczy, który w cholerze i podobnych jej cierpieniach ma kierunek ze krwi do światła jelit, wstrzymać zatem przypływ wody ze krwi do przewodu pokarmowego i pobudzić resorbcyę płynu wprowadzonego do żołądka i jelit.

Doświadczenia wykonane z jelitem pozbawionem nerwów przekonały nas, że i w porażonem jelicie zabieg przez nas proponowany wpływa podobnie, jakkolwiek w mniejszym stopniu, na wessanie. — Z teoretycznego stanowiska wydaje się wprowadzenie zgęszczonego roztworu soli do krwi o wiele racyonalniejszem, niż używana dotąd infuzya fizyologicznego rozczynu soli. Ta ostatnia znosi tylko chwilowo niebezpieczeństwo; jelito w dalszym ciągu wydziela i odbiera wodę krwi a po niedługim czasie znajduje się chory, jak smutne doświadczenie uczy, w tym samym stanie, jak przedtem. Wstrzyknięcie zgęszczonego roztworu soli wstrzyma zapewne prąd cieczy do jelit a tem samem obfite biegunki i przywróci przewodowi pokarmowemu siłę resorbcyjną.

Przypuszczenie to nasze znalazło poniekąd potwierdzenie dzięki przypadkowi, który dozwolił nam wykonać nader ciekawe pod tym względem i pouczające doświadczenie. U psa gorączkującego, który po zastrzyknięciu podskórnem morfiny oddał wodnisty, zielony stolec, otwarto jamę brzuszną i wydobyto część jelita na wierzch. W dolnej części jelita cienkiego, które wypełnione było płynną treścią, założono ligaturę o jakie 5 cm. powyżej zastawki Bauhina i za pomocą przesuwania jelita pomiędzy dwoma palcami, przesuwano treść jego ku podwiązce i w ten sposób wypełniono tą treścią pętlę długą na mniej więcej 10 cm. Po założeniu drugiej podwiązki powyżej, reponowano jelito i wstrzyknięto do żyły szyjnej 2·35 gr. NaCl (pies ważył 3·8 kg.). W 15 minut po wykonaniu tego zabiegu wydobyto pętlę na nowo. Okazało się, że większa część treści uległa wessaniu a po otwarciu pętli znaleziono w niej małą ilość gęstej śluzowej treści, o wiele bardziej zgęszczonej, niż stolec przed operacyą oddany.

Możnaby zarzucić, że przez wessanie treści jelitowej powstaje dla chorego niebezpieczeństwo, gdyż treść ta zawiera trujące produkty przemiany materyi prątków przecinkowych. Zarzut ten jednak nie powinien wstrzymać od praktycznego zastósowania w danym przypadku injekcyi soli do krwi. Albowiem z jednej strony nie dowiedziono jeszcze z pewnością, że płyn ten jest rzeczywiście tak trujący. Przeciw przypuszczeniu, że wiele objawów cholery przypisać należy wessaniu produktów przemiany materyi, można przytoczyć okoliczność, że na szczycie tej choroby z jelita nic nie ulega wessaniu, że właśnie z tego powodu lekarstwa wewnętrznie zadane wcale nie działają.

Wobec bezradności, w jakiej lekarze jeszcze dziś znajdują się w ciężkim przypadku cholery, wobec tej cyfry śmiertelności, którą i w ostatniej epidemii obserwowano, a która niewiele różni się od śmiertelności spostrzeganej w innych epidemiach, sądzimy, że ta próba lecznicza, którą proponujemy, jest dostatecznie usprawiedliwioną. Ażeby zresztą zarzutu powyższego uniknąć, możnaby wprowadzenie soli do krwi połączyć z irygacyą jelit, którą i tak w każdym razie się stósuje.

Mocne pobudzenie nerek, jakie w doświadczeniach swoich zauważyliśmy, miałoby, w razie gdyby pojawiło się i u chorego po wstrzyknięciu soli, niezawodnie bardzo pomyślne znaczenie. Wszak tą drogą głównie opuszczają substancye trujące ustrój.

Już Gravitz także wyraża na podstawie swoich spostrzeżeń nad zgęszczeniem krwi przekonanie, że antagonistyczne działanie soli kuchennej i jadu cholerycznego znajdzie zastósowanie lecznicze. Wstrzyknięcie hodowli prątków przecinkowych do krwi sprowadza mianowicie i u zwierząt zagęszczenie krwi, może natury toksycznej, podczas gdy NaCl wywołuje przeciwny skutek, to jest rozrzedzenie krwi.

Co do metody wykonania zabiegu, podajemy, jak w danym przypadku należałoby postępować.

Ponieważ przekonaliśmy się, że u zwierząt podwojenie ilości soli we krwi jest nieszkodliwe, możnaby i u człowieka w podobny sposób postępować, jak w naszych doświadczeniach. Choremu, którego ciężar ciała w przybliżeniu oznaczono, wstrzyknąć należy powoli do jednej z żył tyle soli kuchennej w 10% roztworze, aby na każdy kilogram krwi chorego przypadało 8 gr. NaCl. Według obliczenia stósunku ilości krwi do ciężaru ciała przypada na kilogram wagi ciała 0·6 (dokładniej 0·62) gr. NaCl. Rzecz naturalna, że w razie, gdyby wystąpiło mocne pragnienie, należałoby choremu podawać w odpowiedniej ilości napoje (tylko w cholerze i jej podobnych chorobach, nie zaś w przypadkach, w których rozchodzi się o przyspieszenie wessania wysięku). Należy się spodziewać, że napojów tych chory nie odda przez wymioty, lecz że ulegną wessaniu.

Ciekawe spostrzeżenie zawdzięczamy kol. G. Toepferowi: w jednem z licznych sprawozdań o ostatniej epidemii (nie mogliśmy niestety mimo skrzętnych poszukiwań znaleść odpowiedniej publikacyi), podano jako przypadkowe spostrzeżenie, że u kilku chorych z powodu omyłki, rozczyn soli użyty do transfuzyi był bardziej zgęszczony, niż fizyologiczny. Przypadki te miały zakończyć się pomyślnie.

Nie wiemy, czy w najbliższym czasie, czy kiedykolwiek wogóle, będziemy mogli używać zaleconego powyżej sposobu leczenia. Okoliczność ta skłoniła nas już teraz do wystąpienia z propozycyą, opartą jedynie na doświadczeniach wykonanych na zwierzętach.

III. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

Leczenie strupienia woszczynowatego (*favus*).

Ze względu, że strupień woszczynowaty trwa długo i nieleczony kończy się zupełnem, nie dającem się więcej usunąć wyłysieniem, jest obowiązkiem lekarza występować przeciw niemu czynnie.

Wskazanie lecznicze jest bardzo proste; należy zniszczyć pasorzyta, który jest przyczyną choroby. Dwa są do tego sposoby: jeden mechaniczny, który polega na wyrwaniu wszystkich włosów chorych i tkwiących w nich grzybków, wyrwaniu niezbędnem do wyleczenia choroby; drugi polega na używaniu środków niszczących pasorzyta i wyjaławiających glebę, na której żyje.

Bez względu, czy strupień woszczynowaty zajmuje mały czy duży obszar skóry, pierwszą jest rzeczą oczyścić teren zmiany chorobowej i uprzystępnić go dla leczenia. Należy przeto ostrzydz włosy jak najkrócej i pamiętać o tem podczas całego leczenia, by były zawsze jak najkrótsze. Jestto warunek konieczny dla skutecznego leczenia.

Zrobiwszy to i odsłoniwszy sobie należycie strupy należy je teraz oddalić. Jeżeli są cienkie i nie bardzo rozległe, najlepiej da się to zrobić odrazu przy pomocy zwyczajnej kopystki (*spatula*). W przeciwnym razie najpraktyczniej dać na całą skórę chorą kataplazm ze skrobi z dodatkiem kwasu borowego lub, co lepiej, kompres napojony słabym roztworem kwasu borowego i pokryć go jaką tkaniną nieprzemakalną, przez co wytworzy się pod nią atmosfera ciepła i wilgotna. Po 24 godzinach strupy zmiękną zupełnie tak, iż je można oddalić przez proste zlanie wodą ciepłą.

Po skończeniu w ten sposób przygotowań przystępuje się do właściwego leczenia, które polega przede wszystkiem, jak już nadmieniono, na wyrwaniu szczypczykami nie tylko wszystkich włosów chorych, łamiących się łatwo, ale i włosów otaczających miejsca chore na szerokość połowy lub całego centymetra naokoło każdego strupa. To wyrwanie włosów zdrowych naokoło strupów w rozległości co właśnie podanej jest rzeczą nadzwyczaj ważną i niezbędnym warunkiem do zupełnego wyleczenia.

Jakkolwiek to wyrywanie włosów, byleby przez osobę zręczną, nie sprawia żadnych szczególniejszych dolegliwości, to jednakowoż wobec chorych bojaźliwych, niewytrzymałych na przykrość nawet tak nieznaczną, można je sobie ułatwić przez wtarcie poprzednio olejku jałowcowego przyswędkowego (*huile de cade, oleum juniperi empyreumaticum*) z dodatkiem kwasu karbolowego lub kokainy w stósunku 4%. Zadraźnienie po wyrywaniu włosów jest bardzo nieznaczne i ustępuje łatwo za użyciem kompresów napojonych słabym roztworem kwasu borowego.

Lubo takie wyrywanie włosów systematyczne prowadzi ostatecznie do zupełnego wyleczenia choroby, to jednakowoż ze względu, iżby trwało bardzo długo, trzeba je wesprzeć środkami przeciwpasorzytnemi.

Jakkolwiek w rurce odczynnikowej właściwy pasorzyt strupienia woszczynowatego (*achorion Schoenleini*) ginie od wielu rozmaitych substancyj, to jednakowoż z uwagi, iż w naturze pasorzyt tkwi w głębi skóry, dokąd nawet płyny nie łatwo się dostają, iż do zniszczenia pasorzyta, o którym mowa, nie można użyć środków nadwerężających skórę, nie trzeba spodziewać się po użyciu środków przeciwpasorzytnych skutków bardzo rychłych. Mimo tego znakomicie wspierają one leczenie.

Niema żadnego środka działającego szczególnie, swoiście na strupień woszczynowaty. Można przeto z dobrym skutkiem użyć przetworów rtęci, jodu, siarki, kwasu karbolowego, nastojów (*essences, tincturae*) i t. d.

W poliklinice Dra E. Besniera w Paryżu używają najczęściej jodu i rtęci w postaci plastra Wigi (*emplastrum de Vigo*).

Po wyrwaniu włosów namazuje się część chorą nastojem jodowym (*tra jodi*) co 2 lub 3 dni a jeżeli go chory nie znosi, pokrywa się skórę chorą plastrem Wigi i zmienia go codziennie.

W tymże samym celu można nacierać co wieczór pomadą przeciwgnilną sporządzoną podług przepisu:

Rp. *Olei juniperi empyreumatici*
Resorcini
Acidi salicylici *āā 5·00*
Sulfuris praecipitati *10·00*
Lanolini
Vaselini
Axungiae porci *āā 30·00*
S. Zewnętrznie.

Rano po umyciu głowy naciera się miejsce chore mazidłem: Rp. *Acidi borici* *2·00*
Acidi acetici glacialis *1·00*
Alcoholis 90% *100·00*
Chloroformii *5·00*

Za dnia powinni chorzy przykładać sobie na chore miejsca kawałeczki plastra Wigi.

Rano codziennie należy zmywać głowę wodą letnią i mydłem przeciwgnilnem, n. p. naftolowem.

Chorzy, którzy przebyli opisane leczenie, mają pokazywać się lekarzowi co tydzień, aby w razie podrośnienia włosów znowu je wyrywać, gdyż kilkakrotne dopiero wyrywanie prowadzi do zupełnego wyleczenia.

Rozumie się samo przez się, iż całe to leczenie musi się odbywać wytrwale i bardzo energicznie, jeżeli ma być uwieńczone pomyślnym skutkiem a nie rozciągać się na miesiące.

Chorych można uważać za wyleczonych dopiero wtedy, gdy włosy odrastające są zupełnie zdrowe, o czem, jeżeli tylko okoliczności po temu, należy się przekonać mikroskopem.

Jeżeli strupień woszczynowaty zajmuje łyse miejsca skóry, odpada oczywiście wyrywanie włosów.

Według doświadczenia w szpitalu św. Ludwika w Paryżu leczenie tym sposobem strupienia woszczynowatego średniego stopnia da się przeprowadzić w 15 dniach. (*La médecine moderne. 28. Juin. 1893*). *D.*

Choroby dzieci.

K u t t n e r: **Obecność obrzęków śledziony u dzieci przedewszystkiem krzywicą dotkniętych.**

Autor robiąc bardzo wiele doświadczeń w klinice prof. Ewalda twierdzi, że ściśle rozpoznawać można powiększenia śledziony tylko obmacywaniem w położeniu dziecka diagonalnem. Macanie śledziony w pozycyi siedzącej lub stojącej może dać rezultat dodatni tylko w razie dużych obrzęków, sięgających na 2—3 palce poniżej łuku żebrowego. Powiększenia śledziony dzieli autor stósownie do etyologii na dwa działy: ostre i przewlekłe; ostre obrzmienie śledziony wydarza się w przebiegu prawie wszystkich chorób zakaźnych, jak u dorosłych. Przewlekłe powiększenie śledziony u dzieci na tle wad zastawek serca, zmian w płucach wydarza się częściej niż u dorosłych, lecz rzadziej na tle zmian wątroby, wywołujących utrudnienie odpływu żółci lub odpływu krwi żyły bramnej. W przebiegu krzywicy, jakoteż wrodzonej kiły autor obserwował prawie w ¾ przypadków przewlekłe obrzmienie śledziony. Leczenie tych obrzęków musi być przedewszystkiem przyczynowe. (*Berl. klin. Wochenschrift Nr. 44. 1892*). *Dr. Komorowski.*

Notatki terapeutyczne.

Idąc za zaleceniem prof. Hoadleya używał Stroell w Monachium z dobrym skutkiem w 20 przypadkach błonicy nastoju mirowego osłodzonego gliceryną według przepisu: 85) *Ttrae myrrhae* *4·00*
Glycerini *8·00*
Aque destil. *188·00*

Z tej mięszaniny otrzymują za dnia co godzina (w ciężkich przypadkach co pół godziny), w nocy co 2 godziny (w ciężkich przypadkach co godzina) dzieci do 2 lat włącznie po łyżeczce od kawy czyli po 5·00, od 3 do 15 lat po łyżce

dziecinnej = 10·00, dorośli od 16 lat po łyżce stołowej = 15·00. W razie poprawy zadaje się lekarstwo rzadziej. — Lubo przy tem leczeniu terapia miejscowa jest zbyteczna, dobrze kazać płukać co 2 godziny gardło dwoma łyżkami wody chloroformowej sporządzonej z 2·00 chloroformu na 400·00 wody destylowanej.

Przy tem leczeniu mąci się niekiedy mocz za zagotowaniem, męty jednak nie są w płatkach a rozpuszczają się za dodaniem wyskoku.

Wprowadzony przez Saalfelda do terapii chorób skórnych lozofan przepisuje się w świerzbiączce (*prurigo*), figówce (*sycosis*), wyprysku (*eczema*) i t. d. według formuły:

86) Rp. *Losophani* 3·00 (—5·00)
Solve in
Spir. vini rectif. 82·50
Adde
Olei ricini 7·50
Aquae destil. 7·00 (—5·00)
MDS. Zewnętrznie.

Do leczenia zaś świerzbu (*scabies*):

87) Rp. *Losophani* 10·00
Solve in
Olei olivarum 20·00
Adde
Lanolini (*v. adipis suillli*) 70·00
S. Do nacierania skóry.

(*Ther. Mtshefte. Lipiec. 1893*).

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Od prof. Browicza otrzymujemy następujące uzupełnienie przemówienia jego na pierwszem posiedzeniu a podanego w nrze 28. *Przeglądu lekarskiego.*

Br. opiera wykład swój na materyale obfitym, nagromadzonym w literaturze, którego rozpatrzenie szczegółowe i krytyczne do pewnych wniosków doprowadzić może; trudności w uzyskaniu zwierząt rakiem dotkniętych, niekorzystne dotychczas do doświadczeń na większą skalę stósunki krakowskiego zakładu anatomii patologicznej, nie pozwoliły mowcy przedsięwziąć własnych doświadczeń.

Faktem jest stwierdzonym, iż rak jest przeszczepialny; dowodzą tego nie uciekając się do obcych, piękne wyniki Wehra ze Lwowa ze szczepieniem raka z psa na psa a przedewszystkiem jedno z szeregu tych doświadczeń, w którem w pół roku po wszczepieniu w czterech miejscach podpępcza samicy kawałeczków z raka pochwy z psa wziętego, które powoli rosły, zwierzę naturalną śmiercią zginęło a sekcya wykazała prócz guzów w miejscach szczepienia wzdłuż części lędźwiowej kręgosłupa, we wklęsłości kości krzyżowej podotrzewnowe guzy wielkości orzecha, jaja i większe, które tworzyły łańcuch odpowiadający gruczołom limfatycznym. Guzy te przycisnęły cewkę moczową do brzegu spojenia łonowego, wskutek czego powstało zatrzymanie moczu, pęknięcie przerosłego pęcherza moczowego, krwotok i śmierć. Prócz tego znajdowały się w klatce piersiowej dwa rakowo zwyrodniałe gruczoły limfatyczne i kilka drobnych guziczków w śledzionie.

Dotychczasowe doświadczenia co do przeszczepialności raka podzielić można na 3 gromady.

I) Szczepiono kawałeczki raka z ludzi na zwierzęta, jak małpy, psy, szczury, króliki, świnki, koty. Z wyjątkiem dawniejszych, wątpliwych, dodatnich wyników Langenbecka, Webera, Leberta, Follina i Gouyona, szczepienia te wydały wynik ujemny.

II) Przeszczepiano tkankę rakową ze zwierząt dotkniętych rakiem na zwierzęta tegoż samego gatunku (raki u psów i szczurów są względnie częste). Wyniki tego szeregu doświadczeń z małymi wyjątkami wypadły dodatnio.

III) Wreszcie przeszczepiano raka z człowieka na człowieka, t. j. z jednego miejsca na drugie tego samego indywiduum. Doświadczeń takich bardzo mało (naturalne względy etyczne) a wynik tychże był dodatni z wyjątkiem poniekąd doświadczenia Senna, w którym w cztery tygodnie po szczepieniu w tkankę podskórną wszelki ślad kawałeczka przeszczepionego zniknął.

Posługiwano się w tych doświadczeniach najrozmaitszemi metodami: przeszczepiano kawałeczki tkanki rakowej, wstrzykiwano zawiesinę z tejże tkanki wytworzoną do krwi i jam surowiczych, wszczepiano cząsteczki raka do narządów, które częściej ulegają zwyrodnieniu rakowemu, jak sutek, wątroba, przygotowywano niejako zwierzęta, na które przeszczepiać można, do tego zabiegu, starając się zmienić ich stan fizyologiczny przez odpowiednie zmiany pożywienia, wybierano do tych doświadczeń zwierzęta stare.

Badania histologiczne kawałeczków przeszczepionych a rozrastających się wykazują, iż rozrost ten pochodził z bujania komórek przeszczepionego raka i że komórki tkanki, wśród której tkwił przeszczepiony kawałeczek raka, zachowują się biernie.

W przeważnej liczbie przypadków przeszczepiony i rozrosły kawałeczek tkanki rakowej w krotszym lub dłuższym czasie zmniejszał się a w końcu niknął.

Oto są wyniki dotychczasowych doświadczeń.

Wyniki dodatnie doświadczeń uważane są przez niektórych jako dowód pasorzytniczego pochodzenia raka.

Przed wysnuciem wniosku z przytoczonych szeregów doświadczeń co do przeszczepiania raka, zwraca mowca uwagę na skutki przeszczepiania tkanek fizyologicznych, zdolnych do rozrostu i produkowania nowej tkanki a pomija znane i przez chirurgów praktykowane przeszczepiania w celach leczniczych skóry, błon śluzowych i t. d., które dokonywane wśród pewnych, ściślej już określonych okoliczności, wieńczone bywają pomyślnym skutkiem. W takich przeszczepianiach chodzi n. p. o pokrycie i łatwiejsze wygojenie ran, przyczem tkanka przeszczepiona przyrasta, wchodzi w związek organiczny z podłożem, utrzymuje się, żyje dalej, nie rozrasta się jednak. Spostrzegać się wszakże daje, iż tkanki te ulegają pewnym zmianom lub stósują się niejako do nowej gleby, n. p. po przeszczepieniu skóry białej na murzyna lub odwrotnie.

Inaczej przedstawia się rzecz z wszczepianiem (rozróżnić należy ściśle szczepienie na powierzchnię od wszczepienia w głąb) w szczeliny sztuczne lub naturalne tkanki zdolnej do rozrostu i produkowania nowej tkanki, jakoteż tkanki z płodu wziętej. — Ogólny wynik tych doświadczeń (mowca przytacza doświadczenia Pawła Berta, Olliera, E. Fischera i t. d.) wykazuje, iż wszczepianie pomiędzy zwierzętami ssącemi a n. p. ptakami łatwiej dokonywa się z ptaków na ssące czyli ze zwierząt niższych na wyższe, że głównie objawy rozrostu przeszczepionej tkanki pojawiają się po szczepieniach pomiędzy zwierzętami jednogatunkowemi, nie pojawiają się przy przeszczepianiu na innogatunkowe, że rozrost odbywa się przez bujanie komórek tkanki przeszczepionej jakoteż, że rozrost zazwyczaj ograniczony szczególnie kawałków w głąb organizmu wszczepionych, kończy się zanikaniem przeszczepionej tkanki.

Zestawiając oba szeregi, t. j. wyniki z wszczepianiem tkanek fizyologicznych, zdolnych do rozrostu lub wyjętych z płodu, z wynikami wszczepienia tkanki rakowej, nie trudno dojrzeć pewnej wyraźnej analogii co do zachowania się tych różnych do szczepienia użytych tkanek, pomijając nadmierną zdolność twórczą, jaką się komórki raka odznaczają a która jest przyczyną usuwania tkanki, wśród której rak rośnie i wciskania się w coraz dalsze obszary, a która nadaje komórkom raka odrębną właściwość.

Kolosalny rozrost przeszczepionych cząsteczek raka w przytoczonym doświadczeniu Wehra jest jedynym przypadkiem, o ile mowcy wiadomo.

Wszczepianie się cząsteczek tkanki rakowej a względnie komórek raka w postaci ogniska przerzutowego, ich rozsiewanie się wśród jam surowiczych i rozrastanie się w fałdach i zaułkach błon surowiczych, to naturalne doświadczenie i tu również, jak po wszczepieniu sztucznem cząste-

czek raka, rozrost ogniska przerzutowego odbywa się przez bujanie komórki tkanki naturalnem doświadczeniem przeszczepionej.

Według mowcy szczegóły przytoczone, wynikające z doświadczeń wszczepienia tkanki rakowej z człowieka na zwierzęta, pomiędzy zwierzętami jednogatunkowemi, jakoteż u człowieka z jednego miejsca na drugie, nie popierają zapatrywania się tych, którzy w przeszczepialności raka widzą dowód pasorzytniczego pochodzenia raka, jeżeli się je mianowicię zestawi ze szczegółami uzyskanymi przy szczepieniu tkanek fizyologicznych, zdolnych do rozrostu lub wziętych z płodu. W razie bowiem pasorzytniczego pochodzenia raka przeszczepialność raka z człowieka na zwierzęta, u których rak pojawia się jako samoistna choroba, nie zależałaby od tych właściwości i widocznych różnic pomiędzy tkankami, jakie z obu szeregów doświadczeń wynikają, i byłaby co najmniej stósunkowo łatwą, podobnie jak to się dzieje z wywoływaniem u zwierząt ku temu przydatnych, przez przeszczepienie spraw chorobowo zakaźnych.

Na podstawie szczegółów przytoczonych skłania się mowca do wniosku przeciwnego a mianowicie, iż tak wynik badań histologicznych (odwołuje się tu mowca także do wyników własnych badań histologicznych, podanych na przeszłorocznym zjeździe chirurgów polskich), jakoteż wynik sztucznego szczepienia raka nie dostarczają podstawy do przyjęcia pasorzytniczego pochodzenia raka, że objawy bujania komórek około kokcydyów lub wogóle protozoów, jak to u zwierząt napotykamy, są zwykłym objawem, jaki w sąsiedztwie ciał obcych czy to mechanicznie, czy też chemicznie działających wśród tkanek spostrzegamy i że wreszcie w pewnych, wrodzonych własnościach komórek ustroju szukać należy przyczyny istotnej raka tak, iż, jak to n. p. Bard wypowiedział, sama komórka raka jest niejako tym pasorzytem będącym przyczyną raka.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Ze Wschodu.

Zarysy lekarskie.

Przez

J. Łg....

(Dok. Patrz Nr. 27.)

W roku bieżącym 1893 Oddział prace rozdzielił pomiędzy swych członków w następny sposób: Badanie geologiczne ponad Angorą polecono p. Stellingowi, flory p. Lewinowi, prawa obyczajowego Buryatów Zabajkalskich p. Krolowi i zaproponowano pomiędzy innemi zbadanie pod względem antropologicznym Buryato-Mongołów Drowi Talce Hryncewiczowi. Po raz pierwszy więc zostanie zbadanym pod względem fizycznej budowy ten naród, którego część krwi wsiąkła niegdyś do ludów europejskich, nie mówiąc o wschodnio słowiańskich, jako najbardziej na wschód posuniętych Wielkorusach; ale wpływ ten jest nie mniej widocznym i na wschodnich kresach dawnej Rzeczypospolitej. — Porównanie to może być wielce interesującem tem bardziej, że metoda badawcza Mongołów zostanie zastósowaną w znacznej części do instrukcyi wydanej przez Komisyę antropologiczną naszej Akademii Umiejętności, według której już badano ludy zamieszkałe na ziemiach dawnej Rzeczypospolitej a co też porównanie z niemi wielce ułatwi.

W ostatnim wielkim pożarze Irkucka oddział Towarzystwa geograficznego stracił swe zbiory i gmach, w którym się one mieściły. Obecnie od lat kilku stanął tam piękny, nowy budynek, ozdobiony do koła popiersiami pierwszych badaczy Syberyi. Do wzniesienia jego przyczyniły się fundusze prywatne milionerów a w szczególności kupców, p. Sibiriakowa i niedawno zmarłego Siwersa, niegdyś urzędnika pochodzenia polskiego. W budynku tym mieści się muzeum z kolekcyą okazów archeologicznych i paleontologicznych, zbiory etnograficzne miejscowe, bogata kolekcya przedmiotów religijnego kultu buddyjskiego i księgozbiór.

Oprócz braku ludzi chętnych do pracy wiele usiłowań Oddziału rozbija się i o brak środków. Niekiedy przychodzą ofiary, lecz te są bardzo rzadkie, prawie wyjątkowe. W roku bieżącym na prywatne środki 10 tysięcy rubli p. Sibiriakowa oddział organizuje ekspedycyę dla zbadania kraju Jakuckiego, w której wezmą udział siły miejscowe, przeważnie z grona deportowanych. Zapytany o zdania niektóre co do organizacyi i podziału pracy w tej wyprawie, położyłem nacisk na osobne badanie lecznictwa u Jakutów a nawet ułożyłem jego program; próbkę opisu choroby *mänärik* i w związku z nią będącej *omüräch* podał p. Witaszewski w roku przeszłym do *Wiadomości Oddziału wsch.-syb. ces. geogr. Tow.* Wypowiedziałem też pogląd swój co do badania fizycznej budowy Jakutów. Nie wiem jednak, czy w związku z ekspedycyą lub osobno, jak dowiedziałem się z gazet, wkrótce jedzie dla badań antropologicznych do ziemi Jakuckiej p. Iwanowski, kustosz zbioru muzeum antropologicznego z Moskwy.

W roku przeszłym 1892 w jesieni przez Syberyę wschodnią podążyła dla zbadania wschodniej Mongolii ekspedycya rządowa z Petersburga pod kierunkiem p. Potanina, w której przyjął udział zdolny geolog, pracownik Oddziału p. Obruczew. Oprócz tego na własną rękę Rosyanie lub cudzoziemcy spędzają tu czas na badaniach. P. Pozdniejew, profesor mongolskich języków Uniw. Petersburskiego, w celach naukowych a podobno razem i misyjnych, pojechał do Mongolii; bawi tam entomolog p. Leder z Wiednia, zbierając owady i motyle do zbiorów dla jednego z książąt krwi panującej. Znowu niejaki p. Heller, Sas, geologicznie bada wschodnią część obwodu Zabajkalskiego, układając mapę pokładów żył złotych. Powiadają, że praca ta szczęśliwym poszukiwaczom szlachetnego kruszcu oddać może nie małe usługi w przyszłości.

Co do towarzystw lekarskich, to z nich posiada za sobą największą powagę lat, towarzystwo lekarzy Syberyi wschodniej w Irkucku, które w r. 1888 obchodziło 25-letni jubileusz swego istnienia. Ze 100 członków towarzystwa tego w ciągu lat 25 było prawie $^1/_4$ Polaków, a pomiędzy nimi wiele towarzystwo zawdzięczało Dr. Józefowi Karpowiczowi, przybyłemu w r. 1863, którego wybrano podczas obchodu członkiem honorowym.

Zasługi tego towarzystwa są bardzo skromne, jak i większa część oddalonych od ruchu umysłowego i ognisk naukowych; czynności jego ograniczały się li tylko do ogłoszenia kilku przypadków z kazuistyki lekarskiej lub zajęcia się sprawami w kwestyach zdrowotnych miejskich, bardziej miejscowego znaczenia. Z pomiędzy towarzystw lekarskich pod względem swoich zasług najprzedniejsze miejsce zajmuje w Syberyi, pomimo zaledwie 6-letniej egzystencyi, Towarzystwo gub. Jenisiejskiej w Krasnojarsku, rozwijające się pomyślnie pod przewodnictwem Dra Kaczkowskiego i dzięki pracy niezmordowanego jego sekretarza Dra Krutowskiego. Zabiegom ich przypisać należy, że z ofiarności jednego z kupców otrzymało gmach własny, w którym mieszczą się zbiory Towarzystwa, gabinet anatomii patologicznej, laboratoryum, sala dla operacyj chirurgicznych, kilka łóżek

dla chorych i wreszcie ambulatoryum, w którem lekarze przyjmują chorych za drobną opłatą, idącą na cele Towarzystwa. W ciągu niedługiego czasu Towarzystwo to umiało wyrobić sobie taką powagę, że jego posiedzenia interesują ogół a kompetencyą i zdaniem w wielu razach posługuje się miejscowa publiczność i sfery urzędowe. Za mniej doniosłe w towarzystwach podobnych jak i w danym uważam liczne prace kazuistyczne drukowane w protokołach; natomiast o wiele ważniejszemi są badania lekarskie, wchodzące w zakres jak fizyografii, tak też ludności kraju, jak również i jego socyalnego ustroju. Badania takie niemałego są znaczenia.

Towarzystwo lekarskie wzięło na siebie inicyatywę zbadania jeziora Sziro, jego wody (którą szczegółowo następnie z upoważnienia departamentu górniczego zbadał prof. Zaleski, wykazując jego obojętne działanie a o czem wyżej wspomniałem), topografii jeziora, geologicznej budowy brzegów, flory i fauny, zmian powietrznych, jak i bytu zamieszkałych nad jeziorem mieszkańców. Dalej rozpoczęto topograficzne badania okolic Krasnojarska, zbieranie materyałów do ludowego lecznictwa, których dostarczali pp. Czerniewski, Handelsman i p. Martyanów, rodem z Mińska, aptekarz z profesyi i założyciel największego w Syberyi, ogromnego muzeum w Minusińsku, zwiedzanego przez bardzo wielu podróżników zagranicznych.

Praca sekretarza Towarzystwa, Dra Krutowskiego, o zdrowotnym stanie klasy roboczej w kopalniach złota w Syberyi, ogłoszona w wydawnictwach towarzystwa, zwróciła na siebie nie tylko uwagę piśmiennictwa lekarskiego, lecz w ogóle publicystyki rosyjskiej. Przytoczę Wam niektóre ciekawe dane z tej pracy. W kopalniach złota w Syberyi pracuje 24.803 robotników, z których liczba chorych dosięga 50% a śmiertelność 26 na tysiąc rocznie. W kopalniach w gub. Jenisiejskiej w r. 1888 pracowało 11.685 ludzi, z nich chorowało 5.195. Z tej liczby wyzdrowiało 5.077, zmarło 116. Przypadków nagłej śmierci było 15. Wogóle u kopaczy złota konstatuje autor przedwczesne wyczerpywanie się sił i starość, wskutek okoliczności, w jakich żyją, jak również i rodzaju pracy. Po ukończeniu kampanii fabrycznej dają zwykle w kopalniach rekreacyę dla robotników. Od 1. października począwszy, pijaństwo i rozpusta szerzą się pomiędzy robotnikami dopóty, dopóki wszystkie pieniądze zarobione podczas kampanii nie przejdą przez szynki utrzymywane przez właścicieli kopalń, do kieszeni tych ostatnich. Wielu robotników, przez zimę przepiwszy wszystko, w marcu zziębniętych i wyniszczonych wraca ponownie do robót. W latach przeszłych przeważną część robotników w kopalniach stanowili zesłani; obecnie włościanie i mieszczanie. Ilość zesłanych nie przenosi teraz 25·3% ogólnej liczby robotników.

Pracę robotników można porównać do wyzysku, z jakim postępuje człowiek z bydłem roboczem. Robotnikom wyznaczają zwykle pracę dzienną, którą silniejsi spełniają od 4. z rana do 7. po południu; słabsi pracują do 9. a nieraz do 11. w nocy, z godziną wypoczynku w czasie obiadu; żyją oni w koszarach mając około $^1/_8$ kub. sążnia powietrza na człowieka. W sali suszy się bielizna pod piecem; zapach jej i gotującej się herbaty rozchodzi się w powietrzu. Żelazne piece tworzą temperaturę tropiczną wieczorami a niżej stopnia zamarzania w innym czasie; z okien zaklejonych często papierem wiatr świszcze. W takim to pomieszczeniu żyją setki ludzi razem ze swemi rodzinami. Za pokarm służy im podawane zgniłe mięso, kapusta zrobaczała i chleb z otrębami wywołujące wciąż protest ze strony robotników. Niedostatek pokarmu daje często powód zgłodniałym do kradzieży i jeżeli głód nie szerzy się pomiędzy robotnikami, to tylko przez użycie czwartej części zarobku na przekarmienie siebie. Taki to jest stan klasy wyrobniczej w kopalniach złota na Syberyi; w nędznej odzieży, przy ciężkiej i brudnej pracy oddzielający się pot obficie zanieczyszcza skórę, której dymne łaźnie nie pozwalają obmyć należycie, nabawiając pracujących różnych chorób skórnych. Robotnik taki zaprzęgając się do taczek na podobieństwo do roboczego wołu, niema dni szczęśliwszych przed sobą; wyrzuca tysiące pudów ziemi, dobywając złoto swemu chlebodawcy z utratą swych sił żywotnych, potem i krwią swoją je okupując i za to wszystko w zapłacie otrzymuje możność upicia się dla zapomnienia o życiu i teraźniejszości, bez nadziei wyjścia z niej a jeżeli szczęśliwy nie zostanie zasypany ziemią lub nie padnie trupem ze znużenia, to skaleczony lub fizycznie zniedołężniały, wypędzony zostaje z kopalni a torba i kij żebraczy pozostają mu tylko na resztki żywota.

Z chorób podkopujących zdrowie kopaczy są: szkorbut, reumatyzm, malarye i różne uszkodzenia. Pomocy lekarskiej w kopalniach niema prawie żadnej. Tylko pełna niezależność lekarza od przemysłowca może podnieść jego znaczenie i stanowisko w kopalni a razem i wpływ na upośledzoną i zamęczaną bezkarnie ludność roboczą w kopalniach sybirskich. W pracy niniejszej p. Krutowski występuje nietylko jako lekarz, lecz jako publicysta dopominający się o prawa ludzkie dla uciśnionej klasy robotniczej w jej rodzinnej ziemi.

Inna znowu praca niedawno ogłoszona w wydawnictwie Towarzystwa lekarzy Jenisejskich tegoż autora, odnosi się do spostrzeżeń zebranych nad rozwojem dojrzałości płciowej u kobiet Krasnojarskiego okręgu. Są to spostrzeżenia po raz pierwszy dokonane na Syberyi. Autor odwołuje się na porównawcze prace w tym względzie Budina, Lawson Taita, Horowitza, Kakuszkina, Bielińskiego i Talko-Hryncewicza (*Zb. wiad. do Antr. kraj. Wyd. nakł. Kom. antr. Akad. Um. w Krakowie. Tom X.*). Z ograniczonej, co prawda, liczby spostrzeżeń (696) widzimy, że w okręgu Krasnojarskim (56·1° szerok. geogr.) kobiety otrzymują miesiączkę w 15·6 roku życia, podobnie jak w Petersburgu, Sztokholmie i t. d., znajdującemi się pod podobną szerokością geograficzną, kiedy w bardziej północnej Laponii w latach 18. W gub. Kijowskiej i w Warszawie kobiety dostają miesiączki od sześciu do ośmiu miesięcy wcześniej (14·8 i 15). W gub. Kijowskiej przedwczesne porody są o $1^1/_2$ raza częstsze, niż w gub. Jenisiejskiej, co łatwo się tłómaczy mniejszą zamożnością ludu na Ukrainie i większą pracą, której się kobiety podejmują. Bliźnięta są o półtora razy częstsze w Syberyi niż na Ukrainie, co trudno da się wytłómaczyć. Utrata miesiączki następuje o kilka miesięcy później u mieszkanek Krasnojarska (45·5) i o półtora roku u mieszkanek tegoż okręgu (46·7), niż u Ukrainek (44·9). Kobiety więc sybirskie mają takiej długości życie płciowe jak na Ukrainie; dostają miesiączki o rok później, lecz natomiast później ją tracą. Pozostaje to zapewne w związku z klimatycznemi warunkami. Szkoda tylko, że ilość spostrzeżeń u p. Krutowskiego, na której on się opiera, jest bardzo mała i po-

siada mało zapisów ze sfery płodności kobiecej; badania zaś w tej mierze byłyby bardzo interesujące.

IV.

Z niecierpliwością przez czas długi Syberya oczekiwała jakiegoś wyższego naukowego zakładu, któryby tchnął nowe życie i ożywił wlewając ducha i wskazując wyższe dążności i cele zmartwiałemu organizmowi społecznemu. Wreszcie zdecydowano się założyć Uniwersytet na dalekich kresach państwa dla szerzenia oświaty i dla podniesienia miejscowej kultury rosyjskiej. Po długich rozprawach, gdzie ma stanąć przyszła świątynia wiedzy i wskazaniu kilku punktów jak Omsk, Irkuck i Tomsk, wreszcie wybrano to ostatnie miasto, jako leżące w stronie bardziej zaludnionej, na siewcę wyższej cywilizacyi. Dzięki znacznej materyalnej pomocy kupiectwa sybiryjskiego a w szczególności ofierze p. Sybiriakowa w kwocie 180 tysięcy rubli i p. Kuźniecowa 60 tysięcy, stanął w Tomsku na końcu miasta w r. 1888 piękny gmach sybirskiego Uniwersytetu; mieszczą się w nim kliniki, zbyt szczupłe wprawdzie, bo na kilkadziesiąt zaledwie łóżek, skromne i małe laboratorya, sale wykładowe, gabinety, cerkiew i muzeum, przeważnie posiadające zbiory archeologiczne południowej Syberyi. Muzeum to jest ukochanem dziecięciem miejscowego kuratora i organizatora Uniwersytetu p. Floryńskiego, lekarza z zawodu. Przed paru laty właściciel bogatych kopalni złota na Uralu, hr. Strogonow, odrazu przyczynił się do powstania biblioteki uniwersyteckiej, testamentem przekazując na ten cel swój księgozbiór ze 155 tysięcy tomów złożony, w którym są rzadkie ryciny i białe kruki wydawnictw cudzoziemskich; niegdyś za ogromne pieniądze zgromadzał je zamiłowany bibliofil. Przy ofiarności kilku jeszcze osób prywatnych obecnie biblioteka dochodzi do 165 tysięcy tomów, pokaźna suma jak dla młodziutkiej, tylko co powstałej wszechnicy. Obecnie uniwersytet stanowi tylko jeden Wydział lekarski a za rok pierwsi lekarze go opuszczą. Wkrótce projektują otworzyć inne wydziały a naprzód prawny.

W celu łatwiejszego nabrania studentów, wobec małej ilości gimnazyów syberyjskich, do uniwersytetu tomskiego podobnie jak do warszawskiego są przyjmowani wychowańcy prawosławnych duchownych seminaryów; przywileju tego nie mają oni postępując do innych rosyjskich uniwersytetów. Z liczby przeszło 300 studentów przeważną część stanowią przeto wychowańcy seminaryów duchownych z Rosyi europejskiej. Ciało nauczające składa się z przeszło 33 osób, jako to: rektora i sekretarza, zarazem dziekana z pośród profesorów mianowanych, 10 profesorów zwyczajnych, 11 nadzwyczajnych, prosektorów, asystentów, kustoszów, laborantów, ogrodnika, bibliotekarza i t. p., wreszcie z licznej uniwersyteckiej policyi i biura. Najwybitniejszymi i nauce najwięcej oddanymi są profesorowie: Dogiel, Zaleski, Zajcew, Saliszczew, Kryłow i Kurłow, pracom których uniwersytet wiele zawdzięcza.

VI. Wiadomości bieżące.

— **Izby lekarskie.** *A*) Do izby lekarskiej krakowskiej wybrani prócz wymienionych w poprzednim numerze *Przeglądu lekarskiego* członków i zastępców z Krakowa:

1) z grupy wyborczej obejmującej powiaty chrzanowski, bialski, wadowicki i żywiecki Dr. Jan Gawlik ze Suchy, zastępcą Dr. Władysław Gedl z Wadowic.

2) z grupy wyborczej obejmującej powiaty krakowski, wielicki, bocheński, myślenicki, limanowski i nowotarski członkiem Dr. Józef Skakalski, zastępcą Dr. Wincenty Świątek, obydwaj z Podgórza.

3) z grupy wyborczej obejmującej powiaty nowosądecki, grybowski, gorlicki i jasielski członkiem Dr. Karol Slavik z Nowego Sącza, zastępcą Dr. Eugeniusz Neumann z Gorlic.

4) z grupy wyborczej obejmującej powiaty dobromilski, liski, sanocki, brzozowski i krośnieński członkiem Dr. Jan Wain z Krosna, zastępcą Dr. Ludwik Cwiklicer z Dobromila.

5) z grupy wyborczej obejmującej powiaty tarnowski, brzeski, dąbrowski i pilznieński członkiem Dr. Józef Walczyński z Tarnowa, zastępcą Dr. Szymon Bernadzikowski z Brzeska.

6) z grupy wyborczej obejmującej powiaty rzeszowski, ropczycki, kolbuszowski i mielecki członkiem Dr. Stanisław Jabłoński ze Rzeszowa, zastępcą Dr. Franciszek Sędzielowski ze Sędziszowa.

7) z grupy wyborczej obejmującej powiaty łańcucki, jarosławski, niski i tarnobrzeski członkiem Dr. Aureli Plech, zastępcą Dr. Adolf Dietzius, obydwaj z Jarosławia.

B) Do izby lekarskiej lwowskiej wybrani:

1) z miasta Lwowa członkami Dr. Józef Rożański, Dr. Adam Czyżewicz, Dr. Hilary Schramm, Dr. Edward Gérard Festenburg, zastępcami: Dr. Grzegorz Ziembicki, Dr. Henryk Kadyi, Dr. Emil Merczyński i Dr. Wilhelm Pisek, wszyscy ze Lwowa.

2) z grupy wyborczej obejmującej powiaty przemyski, mościski, jaworowski i cieszanowski członkiem Dr. Leon Ziemiański, zastępcą Dr. Bazyli Kiebuziński, obydwaj z Przemyśla.

3) z grupy wyborczej obejmującej powiaty rawski, sokalski, kamionecko-strumiłowski, żółkiewski i gródecki członkiem Dr. Karol Muszkiet z Żółkwi, zastępcą Dr. Miron Jajus ze Sokala.

4) z grupy wyborczej obejmującej powiaty brodzki, złoczowski i brzeżański członkiem Dr. Aleksander Wysocki ze Złoczowa, zastępcą Dr. Stanisław Sołtysik z Brodów.

5) z grupy wyborczej obejmującej powiaty lwowski, rudecki, żydaczowski, bobrecki, przemyślański i rohatyński członkiem Dr. Michał Pluciński z Kulparkowa, zastępcą Dr. Feliks Kretschmer z Drohowyża.

6) z grupy wyborczej obejmującej powiaty turczański, staromiejski, samborski, drohobycki i stryjski członkiem Dr. Alfred Biegelmayer ze Sambora, zastępcą Dr. Wiktor Lechowski z Drohobycza.

7) z grupy wyborczej obejmującej powiaty doliński, kałuski, stanisławowski, bohorodczański i tłumacki członkiem Dr. Apolinary Lachawiec ze Stanisławowa, zastępcą Dr. Mikołaj Podłuski z Bolechowa.

8) z grupy wyborczej obejmującej powiaty podhajecki, buczacki, czortkowski, husiatyński, zaleszczycki i borszczowski członkiem Dr. Ludwik Lutyński z Jagielnicy, zastępcą Dr. Edward Körner z Monasterzysk.

10) z grupy wyborczej obejmującej powiaty nadworniański, kołomyjski, horodeński, śniatyński i kossowski członkiem Dr. Gabryel Sysak z Kołomyi, zastępcą Dr. Hilary Schramm ze Lwowa.

Izba lekarska lwowska ukonstytuuje się dnia 24. lipca b. r. o godzinie 11. przed południem w lokalu Towarzystwa lekarzy galicyjskich, izba lekarska krakowska dnia 25. lipca b. r. również o 11. przed południem w lokalu starostwa krakowskiego. Na obu zebraniach będzie pełnił czynności komisarza rządowego radca Namiestnictwa i krajowy referent sanitarny Dr. Józef Merunowicz.

— W dniu 18. b. m. odbył się wykład habilitacyjny Dra Franciszka Sroczyńskiego, na docenta okulistyki w Uniwersytecie Jagiellońskim. Prelegent wyłożył jasno i treściwie rzecz o badaniu niezborności przyrządu wzrokowego (*astigmatismus*) i zadowolnił w zupełności kolegium profesorów Wydziału lekarskiego,

które postanowiło sprawę jego habilitacyi przedstawić przychylnie Ministerstwu Oświaty celem jej zatwierdzenia.

— Rada szkolna krajowa galicyjska rozporządziła, że począwszy od 1. września b. r. uczniowie szkół średnich mają przy zapisie do szkoły wykazywać się świadectwem szczepienia lub rewakcynacyi. Zbawienne to rozporządzenie chcielibyśmy uważać za pierwszy krok do zaprowadzenia w przyszłości ogólnego przymusu szczepienia pierwszego i powtórnego czyli rewakcynacyi.

— Jak wiadomo, po odmowie ze strony prof. Erba zaproponował Wydział lekarski Uniwersytetu wiedeńskiego na następcę zmarłego prof. Kahlera znanego zaszczytnie prof. Naunyna ze Sztrasburga. Prof. N. przybył do Wiednia, miał być zadowolnionym i z urządzenia kliniki i z ogromu materyału wykładowego, co do przyjęcia ofiarowanej sobie katedry nie wyrzekł wszakże nic stanowczego, lecz powróciwszy do Sztrasburga zatelegrafował, iż nie przyjmuje posady profesora w Wiedniu. — Pisma codzienne wiedeńskie zastanawiają się nad tem, co może być przyczyną, iż już dwóch kandydatów proponowanych przez Wydział lekarski, proff. Erb z Heidelbergu a teraz Naunyn ze Sztrasburga, odmówiło przyjęcia ofiarowanej sobie katedry i przypuszczają, iż są nią albo osobliwe stósunki wiedeńskie albo tajemne porozumienie się właściwych rządów tak z prof. Erbem jak i z Naunynem.

— **Cholera**. Czytamy w urzędowej *Gazecie lwowskiej*: „W Sanoku zachorował dnia 13. lipca robotnik powracający z Węgier do domu, do Bliznego w powiecie brzozowskim. — Ponieważ objawy chorobowe wzbudzały podejrzenie cholery, przeto umieszczono chorego natychmiast w baraku izolacyjnym przy tamtejszym szpitalu powszechnym. Mimo natychmiast udzielonej pomocy chory po 12 godzinach tego samego dnia umarł. Sekcya wykonana przez lekarza powiatowego Dra Władysława Czyżewicza i delegowanego z Namiestnictwa Dra Krokiewicza wykazała nader ostry nieżyt żołądka i kiszek (*gastroenteritis acuta choleriformis*). Badanie bakteryologiczne w toku. Wszystkie środki ostrożności zaraz w pierwszej chwili zarządzono i wykonano“.

— Temi czasy toczyła się przeciw pewnemu lekarzowi z prowincyi rozprawa sądowa w sądzie krajowym lwowskim jako trybunale apelacyjnym o oszczerstwo sprawione jakoby przeciwnem prawu doniesieniem do władzy. Oskarżonego, uwolnionego już w pierwszej instancyi, uwolnił teraz sąd lwowski i w drugiej instancyi, uznawszy, iż doniesienie jego w niczem nie sprzeciwiało się prawu.

— Jak donosi *Gazecie lekarskiej* w Warszawie Dr. Strzyżowski, kurator szpitali piotrkowskich, przy szpitalach w Piotrkowie, w dziedzińcu, w oddzielnem zabudowaniu, została urządzoną i w dniu 27. czerwca wypróbowaną kamera desinfekcyjna. Aparat, wykonany i dostarczony przez fabrykę *Sielce* pod Sosnowicami, firmy Fitzner i Gamper, może funkcyonować pod ciśnieniem 5 atmosfer, podnosząc ciepłotę w kamerze od 115—120° stopni C. Suszarni oddzielnej nie wymaga, gdyż przedmiot z kamery w postaci suchej może być otrzymanym a to w ten sposób, iż wewnętrzna ściana kamery wysłaną została kilkoma systematami cienkich, zamkniętych rur, do których, po przerwaniu komunikacyi pary z wnętrzem aparatu, też parę się wprowadza i ciepłotę aparatu do pożądanej wysokości i na wymagany czas podnosi. Poprzednio wodę, ze skroplonej powstałą pary, z aparatu się usuwa. Urządzenie to zmniejsza czas i pracę, mniej także wymaga paliwa; oddzielne bowiem pod suszarnią ognisko staje się zbytecznem. Naturalnie, że ten lub ów przedmiot odrazu może być traktowany na sucho w ciepłocie wysokiej. Przedmioty wprowadzają się i usuwają się przy pomocy kółek na szynach. Wodę do napełnienia zbiornika, jak dotąd, trzeba nosić; w obecnej bowiem chwili na skomunikowanie ze zbiornikiem nieco oddalonej studni funduszu brakuje. I ten brak z czasem zapewne się zapełni. Kamera o wiele przewyższa objętością tę w Warszawie, która funkcyonuje przy alei Jerozolimskiej Nr. 99.

(Jestto zatem przyrząd desinfekcyjny zbudowany według tej samej zasady, co krakowski, pochodzący z fabryki Oskara Schimmla w Chemnitz w Saksonii, przyrząd, który podczas epidemii cholerycznej w r. z. oddał Krakowowi nieocenione usługi. (*Przyp. red. Przegl.*).

— W roku 1892 leczono w zakładzie Pasteura w Paryżu 1790 osób, z których 4 = 0·22% umarło na wściekliznę. — Śmiertelność wynosiła w r. 1891 0·25% a w roku 1886, w którym zakład założono, 0·94%; zmniejszyła się przeto w ciągu lat 7 więcej niż do $^1/_4$ części. Z osób szczepionych przeciw wściekliźnie było 1585 Francuzów a 205 cudzoziemców. We Francyi pojawia się wścieklizna u ludzi najczęściej w prowincyach zachodnich, w dolinie Rodanu i w departamentach położonych nad morzem Śródziemnem. Najwięcej przypadków bywa w maju, najmniej w listopadzie.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Julian Kasprzycki w Czerniowcach i Dr. Jan Gąsek w Dynowie w 42. roku życia.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **J. K. w Dżeddah** w Arabii. Dzięki najuprzejmiejsze za łaskawą pamięć. Oczekujemy zapowiedzianej pracy z niecierpliwością i umieścimy ją w *Przeglądzie lekarskim* zaraz po otrzymaniu.

Wny Dr. **A. M. w Van Ryn's Dorp na Przylądku Dobrej Nadziei.** Dziękujemy najuprzejmiej za obietnicę zasilania *Przeglądu lekarskiego* i spodziewamy się rychłego jej spełnienia.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 29. Lipca 1893. Nr. 30.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{8}$ „	6 „

I. Osutki jodowe.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

Do rzędu najwcześniejszych i najczęściej spostrzeganych objawów zatrucia jodowego zaliczyć wypada osutki skórne, występujące w rozmaitych postaciach i sadowiące się w rozmaitych okolicach powierzchni ciała. Przyjąwszy na uwagę tę okoliczność, iż osutki jodowe bardzo łatwo można pomieniać z rozmaitemi innemi cierpieniami skóry, przeważnie zaś z wyrzutami kiłowemi, uważamy szczegółowe i dokładne zaznajomienie się ze zmianami w skórze przez jod wywolanemi za niezbędne dla lekarza-praktyka tem bardziej, jeżeli zważymy, jak często, występując równocześnie z wyrzutami kiłowemi u osób poddanych leczeniu jodowemu, osutka jodowa bywa przyczyną mylnego rozpoznania i leczenia.

Pierwsze krótkie wzmianki, tyczące się powstawania osutki wskutek użycia wewnętrznego przetworów jodowych sięgają 1829. roku (Jahn [1]); nieco później Barthels [2]) wspominał też o osutce jodowej, złożonej z krostek, które występowały w rozmaitych okolicach skóry w następstwie kilkudniowego leczenia jodowego; w podręczniku Ingardena [3]) napotykamy już dość szczegółowe opisanie osutki jodowej; zaznacza on, iż wykwity grudkowo-krostkowe, powstające na skórze wskutek podawania wewnątrz przetworów jodowych, sadowią się przeważnie na twarzy, plecach i piersiach, złożone zaś są zwykle z rozrzuconych po jednemu pryszczyków, które wkrótce po zaprzestaniu leczenia jodowego znikają; osutce rzadko towarzyszą objawy ogólne.

Ricord [4]) spostrzegał obok osutki grudkowo-krostkowej (*acne*) inne też wykwity na skórze, tak n. p. w jednym przypadku u osoby kiłą nawiedzonej, poddanej leczeniu jodem, wystąpiły na rękach i nogach liczne wyrzuty, podobne do niesztowic, które znikły po zaprzestaniu leku. Payan [1]), Gauthier [2]) i Parker [3]) opisują też rozmaite odmiany osutki jodowej: krostkową (*acne*), wypryskową (*eczema*) i rumieniową (*erythema*). Johnson [4]) podaje opis trzech przypadków, w których wkrótce po zadawaniu wewnętrznem niewielkich dawek jodu pojawiły się na twarzy, tułowiu i górnych odnogach wyrzuty skórne, złożone z rozrzuconych pojedyneczo krostek; osutka wkrótce ustąpiła. Fischer [5]) spostrzegał wiele przypadków osutki jodowej, która występowała niekiedy po niewielkich dawkach przetworów jodowych. Wymieniony autor rozróżniał cztery główne odmiany wyrzutów jodowych: rumieniową postać napotykał zwykle na przedramionach, trwała ona zwykle krótko; osutka pokrzywczana występuje w rozmaitych okolicach ciała, zajmując często wielkie obszary skóry, znamionuje się powstawaniem na skórze pojedyneczo rozrzuconych lub zebranych w gromadki wyniosłości, przypominających z wejrzenia bąble zwykłej pokrzywki (*urticaria*); pokrzywka jodowa trwa wprawdzie niedługo, powraca jednak bardzo łatwo każdym razem po zastósowaniu leczenia jodowego. Postacie wypryskowe i grudkowo-krostkowe rzadziej się napotykają i sadowią się przeważnie na głowie i w okolicy moszen (*eczema*), lub też w rozmaitych okolicach ciała (*acne*); krostkowe wyrzuty wytwarzają się z ciemno-czerwonych grudek, ulegających na wierzchołku zropieniu, wskutek czego na ich powierzchni powstają strupki; osutka ta może trwać dość długo i zwykle pozostawia po sobie ciemno zabarwione, łuszczące się plamki.

[1]) Horns Archiv. 1829. Marzec, str. 338 i n.
[2]) Schmidts Jahrbücher, 1837. XVI., str. 155.
[3]) Ingarden. Syphilidologie. Wien. 1845. str. 338.
[4]) Bullet. de thérapie. 1842. str. 162.

[1]) Revue médicale franç. et étrang. 1845/6.
[2]) Behrends Syphilidologie. 1845. str. 501.
[3]) Parker. On syphilitic diseases. London. 1850. str. 221.
[4]) Schmidts Jahrbücher. 1859, CII. str. 19.
[5]) Wiener med. Wochenschrift. 1859. Nr. 29.

Do szeregu wymienionych wyżej osutek jodowych dołączył w roku 1854 nową postać O'Reilly [1]), opisawszy przypadek, w którym wskutek używania wewnętrznego jodku potasowego powstały w rozmaitych okolicach skóry wykwity pęcherzowe (*pemphigus*); podobny do poprzedniego przypadek ogłosił Cazenave [2]), wyróżniający się jednak tem, że powstałe skutkiem zażywania wewnętrznego jodu pęcherze, zawierające w sobie surowiczą ciecz zmięszaną ze krwią, przeszły wkrótce w owrzodzenia.

Od r. 1870 mnożyć się zaczęły spostrzeżenia tyczące się powstawania na skórze osutek wielopostaciowych wskutek stósowania przetworów jodowych przeważnie z powstawaniem wyrzutów pęcherzycowych (*pemphigus*), zwykłą zaś i niemal już codziennie napotykaną postacią grudkowo-krostkową osutki jodowej przestano się zajmować i opisywano ją tylko w podręcznikach chorób skórnych i kiłowych. Ciekawy przypadek osutki wielopostaciowej, znamionującej się przeważnie powstawaniem pęcherzy i brodawczatych guzów opisał pod nazwą *pessena* Bergh [3]); rozpatrzywszy się jednak bliżej musimy przyjść do przekonania, iż osutka opisana przez Bergha niewłaściwie była przez niego rozpoznaną i powinna być zaliczoną do szeregu osutek jodowych. Wymieniony przypadek tyczył się 43-letniej kobiety publicznej, która w 20. roku życia przebywała kiłę; ostatnie nawroty choroby od kilku lat występowały w postaci uporczywych bólów kostnych głowy i goleni; w celu usunięcia objawów kiłowych zadawano przez dość długi czas jodek potasowy wewnętrznie; w ostatnim jednak czasie środek ów przestał skutkować, nadto zaś wystąpiła na twarzy osutka, która następnie szerzyć się zaczęła na inne okolice ciała; pojawieniu się wyrzutów skórnych towarzyszyła gorączka; wykwity z początku podobne były do krost ospowych, nadto cała twarz obrzmiała i w rozmaitych okolicach ciała pojawiły się wyniosłości i nacieki w skórze, wynoszące w średnicy 20 do 24 mm., wysokości 6 mm.; na powierzchni guzów widoczne były liczne otwory i wgłębienia, z których udawało się wycisnąć nieco wydzieliny ropiastej; obok większych, pojedyńczo rozrzuconych guzów, powstały w sąsiedztwie licznie nagromadzone mniejsze krostki, gdzieniegdzie zaś wielkie pęcherze, otoczone pierścieniem zaczerwienionej skory i wypełnione ropą; obrzmienia gruczołów limfatycznych wcale nie było. Po upływie kilku dni na powierzchni niektórych wyrzutów powstały brodawkowate narośle, które zaczęły krwawić; w innych zaś guzach i pęcherzach wytworzyły się w środku wgłębienia. Osutka zaczęła w niektórych okolicach ciała, przeważnie na twarzy, zlewać się, powieki i cała twarz jeszcze więcej niż przedtem obrzękły; ciepłota ciała podniosła się wyżej 38 stopni, tętno liczyło 84—88 uderzeń na minutę. Po upływie następnych dziesięciu dni dostrzeżono wreszcie podsechanie wszystkich wyrzutów z następnem wytwarzaniem się strupów na powierzchni; większa połowa guzów i nacieków skórnych, w tej liczbie i pęcherze, znikały powoli i pozostawiły po sobie zagłębione, nierówne blizny. Wszystkie objawy skórne ustąpiły zaledwo po upływie 10 tygodni; rozrzucone zaś na skórze, ciemno zabarwione blizny i plamy przez długi czas świadczyły o przebyciu ciężkiego cierpienia skóry. W pół roku później chora zmarła wśród objawów mocznicy a obdukcya wykazała śródmiąższowe zapalenie nerek. Jakkolwiek zdaniem Bergha osutka z wejrzenia w opisanym przypadku przypominała wielce chorobę skóry nazwaną przez Beigela [1]) *papilloma areo-elevatum*, nie można jednak nie widzieć tu charakterystycznych cech osutki jodowej; przypuszczenie to potwierdzał ostry przebieg wyrzutów, ich wielopostaciowość, etyologiczny stósunek osutki do zadawania poprzednio jodku potasowego wewnętrznem a w dodatku łatwość uzasadnienia zatrucia jodowego w wymienionym przypadku wobec przewlekłego zajęcia nerek, dzięki jemu albowiem jod, zamiast wydalić się z moczem, musiał zapewne zatrzymać się przez dłuższy czas w ustroju i następnie wywołał groźne objawy w skórze.

W spostrzeganym przez Bumsteada [2]) przypadku u 28-letniego chorego z kiłą trzeciorzędną skóry i kości już po zażyciu trzech dawek po 20 gramów jodku potasowego wystąpiły na dolnych kończynach czerwone plamy, na twarzy zaś i górnych kończynach pojawiły się liczne, duże, czerwone bąble i pęcherze o treści surowiczej zmięszanej z krwią. Osutka ustąpiła wkrótce po zaniechaniu leku.

W okresie następnych kilku lat ogłoszono znaczną liczbę nowych przypadków osutki pęcherzycowej, powstałej wskutek zadawania wewnętrznego jodku potasowego, co też po części daje się łatwo wytłómaczyć coraz częstszem używaniem leczenia jodowego; odnoszące się do tego spostrzeżenia podali: Hutchinson [3]), Taylor [4]) (2 przypadki), Duhring [5]), Tilbury Fox [6]), Thin [7]), Otis [8]), Finny [9]) i Hyde [10]). Ogłoszone później kazuistyczne przyczynki (van Harlingena [11]), Pellizzarego [12]), Hallopeaua [13]), Besniera [14]), Lindsaya [15]), Grahama [16]), Morrowa [17]), Colcott Foxa [18]), Elliota [19]), Hydego [20]), Janowskiego [21]), Wolffa [22]), Balkanyiego [23]), Westa [24]), Haslunda [25]), Hallopeaua [26]), Mc. Gu-

[1]) New-York medical Gazette. 1854. January.
[2]) Boinet. Jodothérapie. 1865. str. 68.
[3]) Archiv f. Dermatologie und Syphilis. 1870. str. 579—581.

[1]) Virchows Archiv. 1869. XLVII. 3. 4. str. 367—370.
[2]) American Journal of medic. science. 1871. N. S. CXXIII. July. str. 99.
[3]) Transact. clinic. Soc. London. 1875. VIII. str. 151.
[4]) Arch. of Dermatol. 1877. Aprile. str. 227.
[5]) Medic. Surgic. Reporter. 1877. 4 Aug. str. 89.
[6]) Transact. clinic. Soc. London. 1877. XI. 23 Nov.
[7]) Lancet. 1878. II. str. 676.
[8]) New-York medical Record. 1879. I. str. 225.
[9]) British medical Journal. 1879. II. str. 291.
[10]) Arch. of Dermatology. 1879. V. 4. str. 333—336.
[11]) Arch. of Dermatology. 1880. Octobre.
[12]) tamże. 1881. July; — Annales de Dermatol. 1888, str. 363.
[13]) L'Union médicale. 1882. 41. str. 489.
[14]) Annales de Dermat. et Syphil. 1882. Mars.
[15]) British medical Journal. 1884. I. str. 602.
[16]) Canadian Practitionner, 1884. str. 254.
[17]) Journal of cutan diseases. 1884. Dec.; 1886. 4. 5. 420, 531.
[18]) British medical Journal. 1885. Nov. 21.
[19]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1885. 7. str. 237.
[20]) Journ. of cutan. diseases. 1886. 12. str. 353—359.
[21]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1886. 10. str. 445—446.
[22]) Berliner klin. Wochenschrift. 1886. 35. str. 578—581.
[23]) Gyógyászat. 1887. 26.
[24]) Viertelj. f. Dermat. und Syphilis. 1887, str. 424.
[25]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1887. 10. str. 475.
[26]) Annales de Dermatol. et Syphil. 1888. str. 285; Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888. str. 1151.

irea[1]), Taylora[2]), Feularda[3]), Elsnera[4]) i Trapeznikowa[5])) przyczyniły się też wielce do wzbogacenia naszych wiadomości o osutce jodowej pęcherzycowej *(pemph. jodicus)* i znacznie pomnożyły pokaźną już przedtem liczbę przypadków tu należących. Z wielkiego pocztu tych przypadków niektóre musimy zupełnie pominąć przez wzgląd na szczupłe ramy niniejszej rozprawki; ograniczymy się więc li tylko na skreśleniu ogólnej charakterystyki osutki pęcherzycowej i na pobieżnem, treściwem wymieniu ogłoszonych przypadków ciekawszych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

Serya trzecia.

I.

Czy Franciszek W. zmarł z otrucia?

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,

lekarz i chemik sądowy w Krakowie.

Dnia 24. czerwca 188... umarł po dwudniowej chorobie Franciszek W., 36 lat liczący, młynarz. Ponieważ człowiek ten był przedtem zupełnie zdrów, chorował bardzo krótko a pożycie jego z żoną było w ostatnich czasach jak najgorsze, wzbudziła śmierć jego pewne podejrzenie tak, że ojciec zmarłego, który zdala umyślnie przybył na pogrzeb, doniósł do sądu zaraz po pogrzebie o dziwnie szybkiej śmierci syna i prosił o sekcyę zwłok, celem rozjaśnienia sprawy. Sąd zarządził sekcyę dopiero dnia 2. lipca a obducenci znaleźli, co następuje:

1) Zwłoki mężczyzny średniego wzrostu, ubrane w czarny surdut i spodnie, pod spodem zaś w koszulę i kalesony. 2) Ubranie wszędzie wygładzone i napięte tak, jakoby było zbyt ciasne. 3) Przy zdejmowaniu obcisłego ubrania schodzi płatami naskórek z tułowia i odnóg wraz z paznogciami na kształt rękawiczki. Pozostały naskórek podnosi się płaskiemi pęcherzami, w których mieszczą się gazy gnilne. 4) Twarz balonowato obrzękła, czarna, oczy (powieki) mocno ku przodowi wypukłe, wargi grube, usta otwarte, z ust wydobywa się ciecz czarna, mazista, mocno cuchnąca. 5) Z jamy ustnej sterczy język gruby, czarno zabarwiony. 6) Całe ciało pokryte jest brudno zielonemi, prawie czarnemi plamami pośmiertnemi; po nacięciu tych plam wydobywają się wszędzie bańkami gazy gnilne. 7) Stężenia trupiego nie ma. 8) Na głowie włosy jasne, długie, które za ujęciem i pociągnięciem z łatwością ze skóry wychodzą. 9) Na ciele nie znaleziono nigdzie śladu obrażenia.

Oględziny wewnętrzne: 10) Powłoki miękkie czaszki po stronie wewnętrznej ciemno brunatno brudne; po nacięciu nie znaleziono nigdzie nastrzykania ani skrzepłej krwi. 11) Powłoki te ześlizgnęły się po przecięciu z gładkiego, nie uszkodzonego szczytu czaszki. 12) Kości czaszkowe symetryczne, miernie grube po stronie wewnętrznej nie przedstawiają zboczeń. 13) Po zdjęciu szczytu kostnego czaszki obejmuje opona twarda rozmiękłe mózgowie, opadając workowato ku dołowi. Po przecięciu opony twardej wypływa brudno-zielono-szara, na papkę rozmiękła, gazami przesiąkła masa mózgowa, w której ani budowy anatomicznej ani zboczenia chorobowego dopatrzeć się nie można. 14) Opona twarda gładka, mało połyskująca, nie nastrzykana. Na powierzchni wewnętrznej niema wypociny włóknikowej; zatoka podłużna próżna. 15) Opony miękkie rozmiękłe, strzępy ich wiszą na wewnętrznej powierzchni opony twardej. 16) Na podstawie mózgu nie znaleziono zmian. 17) Na klatce piersiowej przecięto w środku mostka ku dołowi przez brzuch wzdłuż linii białej ostrożnie części miękkie, następnie zdjęto i odpreparowano mięśnie z przedniej części klatki piersiowej, usunięto wraz z chrząstkami mostek, na którym nie znaleziono zboczeń. 18) Brzegi przednie płuc sterczą wolno w jamach piersiowych. 19) Płuco prawe mocno przyczepione do ścian błonami szaremi, uorganizowanemi. Płuco to wyjęto z jamy piersiowej; opłucna jego mocno zgrubiała przez błony szare w postaci strzępów z powierzchni płuca wiszące, mocno z opłucną żeber zrosłe. 20) Na przekroju miąższ płucny dość jędrny, różowy, jednostajnie zabarwiony; z części tylnych płuca przekrojonego wypływa za uciskiem mała ilość cieczy drobno-pienistej, krwawej; w częściach przednich miąższ płuca jest suchy, wszędzie powietrze zawierający. 21) Płuco lewe wolne, opłucna prawidłowa, na przekroju w częściach tylnych daje się z płuca jędrnego wygnieść nieco cieczy krwawej, pienistej; części przednie płuca tego są suche, blade. 22) Język wraz z krtanią, gardzielem i sercem po podwiązaniu i wycięciu żołądka przecięto, następnie gardziel i krtań, w których nie znaleziono nic nieprawidłowego. 23) Osierdzie prawidłowe, mięsień sercowy grubości prawidłowej, w komórkach sercowych nie znaleziono prawie żadnej krwi, zastawki sercowe utrzymane. 24) Na śródsierdziu komórki sercowej prawej znajdują się liczne, białe, drobne, okrągłe, szorstkie, płaskie ziarnka wielkości ziarnka maku, mocno do śródsierdza przylegające, nieco nad jego powierzchnię wystające. Po bliższem obejrzeniu tych ziarnek gołem okiem widać ich budowę promienistą, jakby wykrystalizowane jakieś ciało organiczne lub nieorganiczne. Grudki podobne, miejscami nieco większe i z wybitniejszą budową promienistą, znajdują się na przedniej powierzchni wątroby w otrzewnie i pod otrzewną. 25) Zewnętrzne warstwy miąższu wątrobowego brudno-zielono zabarwione, środkowe części brunatne bez wybitnej dwubarwności. Wątroba mieści w sobie bardzo mało krwi. 26) Podwiązany żołądek przecięto nad naczyniem. Treść żołądkowa papkowata, gęstości śluzu, w ilości koło 10 gr., dokładnie przepatrzona nie zawiera żadnego ciała podejrzanego o własności trujące. 27) Błona śluzowa żołądka mamelonowana, na ścianie tylnej rozmiękła (zmiana pośmiertna). 28) W kiszkach cienkich mało treści śluzowej; miejscami znajdują się plamy czarne pokryte błoną śluzową zcieńczałą. Gruczoły w kiszkach nieco powiększone, twarde, na przekroju blade. 29) W kiszkach grubych mała ilość kału rzadkiego, po którego spłukaniu widać prawidłową błonę śluzową. 30) Na otrzewny kiszki znaleziono miejscami drobne żółtawo białe ziarnka, zaledwie gołem okiem dostrzegalne, które sprawiają, iż otrzewna jest nieco przyćmiona, w dotknięciu nieco chropawa. 31) Wypociny świeżej, ani płynu wypocinowego na otrzewnej w jamie brzusznej nie wykryto. 32) Śledziona nieco powiększona, torebka śledziony pomarszczona, miąższ rozmiękły, ciemno-brunatny. 33) Nerki obydwie powiększone, torebka ich napięta, na przekroju ciemno-czerwono zabarwiona, powierzchnia przekroju wypukła, budowa pasmowa części korowej zatarta. Przy dokładnem oglądaniu rysują się na przemian jaśniej i ciemniej brunatne laseczki na 1 mm. szerokie, w całej części korowej rozpostarte. 34) Torebka schodzi łatwo. 35) W miedniczkach nerkowych widać na błonie śluzowej mocniejsze nastrzykanie. 36) Pęcherz próżny, skurczony, błona jego śluzowa blada. 37) Wszystkie narządy wewnętrzne cechuje uderzająca w oczy suchość i brak krwi, z wyjątkiem nerek, które są mocno przekrwione. 38) Trzaski w trumnie są przesiąkłe obfitą ilością cieczy spływającej ze zwłok.

[1]) Journ. of cutan diseases. 1888. 5. str. 161—164.
[2]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1888. str. 1226.
[3]) tamże. 1891. XIII. str. 50.
[4]) Australian medical Journal, 1891. N. S. XIII. str. 377—379.
[5]) Therapeutische Blatter. Wien 1893. 2. str. 33—38.

Orzeczenie tymczasowe. Sekcya stwierdziła następujące zmiany chorobowe: 1) dawniejsze: *a*) zrosty opłucny prawej, *b*) przewlekły nieżyt żołądka, *c)* ziarnka ciała patologicznego w osierdziu komory prawej i w otrzewny na wątrobie i kiszkach. 2) zmiany świeże: *a*) przekrwienie opadowe płuc, *b*) zmiany zapalne w nerkach. Zmiany, o których wspominamy w orzeczeniu pod 1 lit. *c*), należy zbadać chemicznie i mikroskopowo, ażeby się przekonać o naturze tych obcych ciał a następnie dopiero przystąpimy do wydania stanowczego orzeczenia. Wnosimy zatem, żeby świetny c. k. Sąd przesłał wycięte części serca, wątroby, kiszki do pracowni chemicznej zakładu sądowo-lekarskiego w Krakowie celem zbadania podejrzanej natury ciał obcych znalezionych w śródsierdziu i otrzewnie.

Wszystkie te narządy, jakoteż żołądek i nerki włożono w jeden słój i zawiązano pęcherzem. Żołądka w osobny słój nie wkładano z przyczyny, iż ani w jego ścianach ani w treści 10 gr., złożonej ze śluzu, nie znaleziono nic podejrzanego.

Pomijamy w tem miejscu historyę fatalnej wędrówki trzew przechowanych w słoju przez obducentów; nadmieniamy tylko tyle, że słój ten odbywszy kilka podróży w różnych kierunkach, dostał się wreszcie dnia 20. sierpnia a więc po upływie blisko siedmiu tygodni od sekcyi w ręce dwu lekarzy, zamieszkałych w siedzibie sądu obwodowego, którym polecono mikroskopowe zbadanie przechowanych części zwłok. Znawcy ci przedłożyli sądowi piśmienny elaborat następującej treści:

I. Oględziny makroskopowe. 1) W skrzynce białej, zbitej z cienkich, nieoheblowanych desek, oznaczonej Nr. . . . . znajduje się słój szklany, około $2^1/_2$ litra mający, zamknięty błoną z pęcherza, w środku przegniłą, skutkiem czego po otwarciu skrzynki nieznośna woń się rozchodzi. W słoju opisanym trzecią część wypełnia treść brudno-zielono-czarna, złożona z kilku odosobnionych kawałków, nawet nieco odcieniem się różniących. Treść ta na powierzchni okryta jest warstwą białego grzyba (pleśni) i cuchnie nadzwyczaj przenikliwie; według aktów ma zawierać części wątroby, śledziony, serca, otrzewnej, nerek. 2) Rzeczywiście na samym wierzchu znaleziono kawałek wątroby barwy brudno czarnej, który na powierzchni stykającej się z powietrzem zasiany jest grzybkami szarawymi, dość mocno z powierzchnią równą, lecz od zgnilizny zmętniałą spojonymi. Grzybki te tworzą rodzaj plam od ziarnka maku do wielkości siemienia konopnego, nieco tylko nad powierzchnię wystających. Na spodniej powierzchni wątroby, także zmętniałej, prócz cisawo-żółtawych plamek, powstałych z rozkładu gnilnego, nic nieprawidłowego nie widzimy. Tylko w przestworach pomiędzy większemi gronami wątroby widzimy mleczno-białawe pasemka tkanki łącznej prawidłowej, oddzielające od siebie grona. Brzegi wątroby są pokurczone, częściowo zeschłe: miąższ wątroby brunatno-czarny, zbitości miazgi. 3) Na małym kawałku śledziony prócz znacznego stopnia zgnilizny niczego nieprawidłowego nie dostrzeżono. 4) Znaleziona część jelita w słoju zawiera w sobie gazy gnilne, jest barwy brudno-zielonawo czarnej; błona śluzowa jego jest cienka, gładka, gruczoły Payerowskie i odosobnione nie powiększone a na powierzchni znajdują się ziarenka płaskawe, brudno-żółto-szare, wielkości główki szpilki, złożone z treści bezpostaciej, przy skrobaniu nożem kruszące się. 5) Siatka brzuszna większa (*omentum majus*) częściowo pergaminowato zaschła, prócz zgnilizny nic nieprawidłowego nie przedstawia a znajdujące się brudno żółtawe ziarenka, jakby z masy woskowej, bezpostacie, są tylko wytworem zgnilizny. 6) Serce wycięte z częścią tętnicy głównej (aorty) okazuje znacznego stopnia zgniliznę; mięsień prawidłowej grubości, osierdzie gładkie, pod osierdziem gdzieniegdzie drobne, brudno-żółtawe plamy, pochodzące od substancyj rozkładowych zgnilizny. Zastawki tak półksiężycowe, jak dwukończysta i trójkończysta są cienkie, zupełnie gładkie; mięsień sercowy sam, jak i mięśnie brodawkowe na przekroju nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości, nitki zastawek cienkie. W prawej komórce, tudzież w dolnej i środkowej części lewej jest śródsierdzie gładkie; w górnej znów części tuż poniżej zastawek widzimy na śródsierdziu ziarenka drobniutkie, wielkości drobnego prochu strzelniczego, koloru brunatno-żółtego, trudniej nieco z powierzchni zeskrobać się dające. W tętnicy głównej w okolicy opuszki *(bulbus aortae)*, tuż ponad zastawkami, znajduje się na wewnętrznej powierzchni mnóstwo drobniutkich ziarneczek, tworzących jakby rodzaj kosmków na milimetr wysokich, nie dających się zeskrobać nożem, okrytych przybłonkiem; podobnej barwy ziarenka znajdują się w miejscu, gdzie tętnicę główną ucięto, na jej przekroju poprzecznym odpowiednio warstwie mięśniowej i sprężystej tętnicy. W tych ziarenkach nie można makroskopowo dojrzeć żadnej budowy. 7) Nerki koloru ciemno-brunatnego, o powierzchni zmętniałej, brudno czarniawej, okazują znaczny stopień kruchości i z powodu znacznego stopnia zgnilizny nie można odróżnić żadnych zmian chorobowych. Aby bliżej przekonać się o przyrodzie tych płaskich ziarenek, znajdujących się na opisanych wyżej organach uważają znawcy za potrzebne zbadanie mikroskopowe i mikrochemiczne tych okazów czynu; to też stósownie do polecenia sędziego śledczego odcięto w tym celu kawałek serca odpowiadający górnej części lewej komórki serca i części tętnicy głównej, tudzież części otrzewnej zasianej temi ziarenkami.

Badanie mikroskopowo-chemiczne dokonane w dniu 12. września. Zabrane ze sądu części okazu czynu wymyto w wyskoku i włożono w dniu 20. sierpnia b. r. do zupełnie bezwodnego (absolutnego) wyskoku, w którym do dziś dnia pozostały. Części te wyjęte z wyskoku rozciągnięto na szkiełku przedmiotowem. Na rozciągniętych częściach widzimy opisane powyżej ziarenka, przedstawiające maleńkie bryłeczki koloru brudno-żółtawego, jakby wapna, umieszczone częścią pod samą otrzewną a częścią na otrzewnej. Przy skrobaniu końcem noża ziarnistości te rozpadają się w rodzaj pyłku. Chloroform ani eter nie rozpuszczają tych części a pod wpływem roztworzonego kwasu solnego nieco maleją te grudki i stają się mniej jasne barwą od reszty otoczenia tak, iż gdy przed działaniem odczynników różniły się wyraźnie barwą od otoczenia, to po zadziałaniu kwasu solnego trudniej się dadzą odróżnić od otoczenia, jednak całkowicie nie znikają. Następnie zrobiono preparat mikroskopowy tak z części tętnicy głównej, jak i sieci w ten sposób, aby o ile możności cięcie przechodziło przez takie ziarnistości. Badanie pod mikroskopem wykazuje, że grudka ta nie przedstawia żadnej budowy organicznej, jest nieprzeźroczystą, od metylaniliny się nie barwi, pod wyskokiem ani w olejku gwoździkowym nie wyjaśnia się. Zupełnie podobnie zachowują się ziarenka inne na osierdziu i na wewnętrznej powierzchni tętnicy głównej.

Orzeczenie. Badanie makroskopowe i mikroskopowe wyżej opisanych organów nie wykazało żadnej zmiany chorobowej a zmiany na wątrobie, śledzionie, jelitach, kresce, sercu przedstawiające drobne, płaskie, nadzwyczaj maleńkie ziarenka koloru brudno żółtawego i żółtawo-szarego, bezpostacie są tylko skutkiem daleko posuniętej zgnilizny i rozkładu substancyj organicznych i soli nieorganicznych, znajdujących się w ciele i nie zostają w żadnym związku ze śmiercią denata. Sekcyą bowiem zrobiono w d. 2. lipca b. r., t. j. dopiero w 9. dniu po śmierci, w czasie największych upałów tak, iż w chwili sekcyi zwłoki były już bardzo rozłożone. Dokonana w dniu 2. lipca b. r. sekcya, wykazuje pewne niedokładności, częściowo sprowadzone wysokiego stopnia zgnilizną, których ponowna sekcya usunąć nie będzie mogła, gdyż właśnie te organy, w których mogły się znaleść zmiany tłómaczące przyczynę śmierci, uległy zupełnemu dziś rozpadowi, n. p. mózg, płuca, żołądek; w innych organach, n. p. w żołądku, zadowolili się znawcy ocenieniem zmian i treści żołądka jedynie wzrokiem, co oczywiście jest bardzo niedokładnem. Podpisani uważają

wobec tego za zbyteczne przesyłanie zbadanych organów do Wydziału lekarskiego, ponieważ badanie ich dalsze nie przyczyni się do wyjaśnienia przyczyny śmierci. Natomiast uważają znawcy za konieczne, przesłuchanie najbliższego otoczenia co do przyczyny śmierci, co do objawów, wśród których choroba wystąpiła, co do trwania choroby, objawów, jakie w czasie choroby wystąpiły, i wśród których śmierć nastąpiła a mianowicie, czy chory dostał w początkach dreszczów, czy miał kaszel lub kłucie, czy krwią pluł, czy miał wymioty, czy był przytomny lub nieprzytomny a wreszcie zapytać się oglądacza zwłok, co zobaczył chorobowego na zwłokach. Po uzupełnieniu badania w tym względzie, będą mogli znawcy orzec o ostatecznej przyczynie śmierci. (*Podpisy*). (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

O śmierci nagłej.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent katedry medycyny sąd. w Uniw. Jagiell.

Przez śmierć nagłą rozumie się śmierć, która występuje mniej lub więcej szybko, w sposób zupełnie nieprzewidziany u osoby, aż do ostatniej chwili zupełnie zdrowej, lub też u osoby, która wprawdzie okazywała pewne objawy chorobowe, lecz nie takie i nie w tym stopniu, aby one mogły tłómaczyć w jakikolwiekbądź sposób nagłość zejścia śmiertelnego.

Przypadki śmierci nagłej budzą z trzech względów interes lekarza a to ze względu tanatologicznego, anatomopatologicznego i sądowo-lekarskiego.

Ze względu tanatologicznego odznaczają się przypadki nagłej śmierci bardzo rychłem powstawaniem, rozległością i wybitnością tak zwanych plam pośmiertnych opadowych, które stanowią jedno z najpewniejszych znamion rzeczywistej śmierci człowieka. Wiadomość, iż osobę zupełnie zdrową nagle zaskoczyła śmierć, niechętnie trafia do przekonania, zwłaszcza osób z jej rodziny; nic też dziwnego, że ludzie często wówczas przypuszczają u zmarłego śmierć pozorną, czyli tak zwany letarg. I dla lekarza, który ma stwierdzić istotną śmierć, byłyby te przypadki trudnymi do rozstrzygnięcia, gdyby nie okoliczność, iż plamy pośmiertne występują w tych przypadkach rychlej i wybitniej.

Obfitość plam pośmiertnych opadowych, ich rychłe wytwarzanie się zależą głównie od zasobu i płynności krwi u denata; ponieważ zaś osoby kończące nagłą śmiercią czują się najczęściej aż do ostatniej chwili zdrowemi i nie są długiemi chorobami wycieńczone, przeto zasób krwi w ich zwłokach jest większy, niż w zwłokach osób charłaczych. Wreszcie sama krew nie krzepnie w zwłokach osób zmarłych nagłą śmiercią, lecz pozostaje płynną, jak o tem poucza doświadczenie przy sekcyach. Tak więc uwzględniając plamy pośmiertne, które występują z powyższych przyczyn w krótkim czasie i bardzo wybitnie, nie będzie trudno przekonać się o śmierci rzeczywistej w przypadkach w mowie będących.

Przypadki śmierci nagłej podlegają oględzinom i sekcyi policyjno-sanitarnej; nie wykluczoną jest bowiem możliwość, że śmierć nagła była w danym przypadku skutkiem zbrodniczego działania drugiej osoby.

W pewnej liczbie przypadków może sekcya wykryć dokładnie przyczynę śmierci; często znachodzi się zmiany chorobowe w zwłokach, jednak są one tego rodzaju, że wprawdzie tłómaczą przyczynę śmierci, ale nie przyczynę nagłości zejścia śmiertelnego; wreszcie zdarzają się i takie przypadki, w których sekcya wykazuje zmiany niedostateczne do wytłómaczenia przyczyny śmierci; są to zmiany, które mogą być następstwem rozlicznych szkodliwych a przez siebie same nieokreślonych wpływów.

Pierwsza kategorya przypadków zasługuje na szczególną uwagę ze względu anatomo-patologicznego; druga zaś i trzecia budzi większe zajęcie sądowo-lekarskie, albowiem w obu tych kategoryach przypadków nie można sądzić na zasadzie samych zmian chorobowych o przyczynie śmierci, lecz trzeba także znać okoliczności, które śmierć poprzedziły, i te, wśród których ona nastąpiła.

Wedle Devergiego [1]) miewa śmierć nagła za przyczynę swą zboczenia w następujących narządach: najczęściej zboczenia w płucach, następnie w płucach i w mózgu, mózgu i rdzeniu, mózgu samym, wreszcie w sercu. Nie uwzględniając tego podziału, opartego na statystyce znajdywanych zmian chorobowych w przypadkach śmierci nagłej, zastanowimy się na zasadzie dostępnej literatury lat ostatnich i protokółów zakładu sądowo-lekarskiego krakowskiego najpierw nad temi przypadkami, w których przyczynę śmierci można było odgadnąć z samych zmian patologicznych, potem zaś nad temi, w których przyczynę śmierci można było oznaczyć tylko przez rozumowanie i wykluczenie.

Gdy się rozpatrujemy w kazuistyce śmierci nagłej, uderza nas, że są pewne indywidua, które częściej od innych podpadają temu rodzajowi, *sit venia verbo*, śmierci. Takiemi indywiduami są oseski, starcy i ludzie oddający się nałogowi opilstwa [2]). Oseski umierają bardzo często już po kilku godzinach od chwili wywiązania się u nich nieżytu oskrzelowego, sapki i obrzęku płucnego. Hofmann zwraca uwagę, iż najczęstszą wogóle przyczyną śmierci u osesków bywają nieżyt ostry oskrzeli, jelit i zapalenie ucha środkowego [3]). Częstą przyczyną nagłej śmierci u małych dzieci jest uduszenie się wskutek aspiracyi wymiocin, nie wspominając już o nagłej śmierci noworodków, które jeszcze w łonie matki podczas porodu duszą się przez aspiracyę wód płodowych. Hüttenbrenner [4]) wspomina również o kurczu głośni, jako pospolitej przyczynie śmierci nagłej u dzieci.

Dowiedziono, że ostre choroby, zajmujące nieraz całe narządy, i grożące poważnem niebezpieczeństwem życiu człowieka niemi dotkniętego, przebiegają u nałogowych opojów przez pewien czas bez wszelkich dolegliwości, aż nagle stają się przyczyną śmierci. I tak wspomina Vibert o człowieku 40-letnim, który udał się do szynku, aby zwyczajem swym przepić całodzienny zarobek. Upiwszy się wszczął kłótnię i bójkę z szynkarzami, za co został przyaresztowany. W więzieniu zmarł tej samej nocy. Z początku mniemano, iż śmierć tak nagła była wynikiem gwałtu, zadanego jemu w czasie bójki z szynkarzem. Tymczasem sekcya wykazała w zwłokach jego zapalenie całego jednego płuca. Innym razem dokonał Vibert sekcyi na zwłokach strażnika składu drzewa, którego znaleziono bez życia nad ranem po sutej nocnej libacyi. Tenże wprawdzie niedomagał w ostatnich czasach; mógł jednak oddawać się ciężkiej, codziennej swej pracy. Przy sekcyi znaleziono u niego ostre zapalenie otrzewny, mogące już trwać około 2—3 dni, obok zanikowej marskości wątroby.

Że wcale często przebiegają ciężkie choroby przez dłuższy czas bez objawów, aż nagle stają się przyczyną szybkiej śmierci, dowodzi doświadczenie w tym względzie. I tak znanemi są tak zwany dur przechodowy a dzięki spostrzeżeniom Hofmanna, zapalenie płuc dławcowe, zapalenie otrzewny i opon mózgowych przechodowe, które czas jakiś przebiegają bez objawów, aby potem stać się przyczyną nagłej śmierci. Wilcox [5]) opisał przypadek tyczący się klowna cyrkowego, który w czasie przedstawienia nagle życia dokonał; sekcya wykazała wielki gruzełek w mózgu. W styczniu zeszłego roku wykonano w zakładzie krakowskim sekcyę sądowo-lekarską na zwłokach czeladnika piekarskiego, który zmarł w kilka godzin po uderzeniu w okolicę podbrzu-

[1]) Médecine légale théor. et prat. par Alph. Devergie. Paris 1840. T. I. Pag. 70.

[2]) Précis de médecine légale par le Dr. Vibert. Paris 1886. Pag. 76.

[3]) Hofmann. Handbuch der ger. Med. Wien. 1890—91.

[4]) Hüttenbrenner. Oester. Jahrbericht. - Pädiatrik. 1877, T. VIII.

[5]) Friedreich's Blät. f. gericht. Med. H. 3. 1892.

sza szufelką blaszaną, 350 grm. ważącą. Sekcya wykazała zapalenie otrzewny z wypociną włóknikowo-ropną; mimo skrzętnego poszukiwania nie znaleziono nigdzie pęknięcia ściany jelita. W płucach, mianowicie w częściach ich szczytowych, wykryto świeże zmiany gruźlicze. Orzeczenie, jakie podczas sekcyi podyktowano, i to, które przy rozprawie końcowej w sądzie tutejszym wydano, brzmiało, że najpodobniej do prawdy cierpiał denat przed uderzeniem na zapalenie otrzewny a uderzenie pogorszyło tylko stan chorobowy tak dalece, iż śmierć nastąpiła. Przypuszczenie, iż denat cierpiał już przed uderzeniem na zapalenie otrzewny, opierało się na doświadczeniu Hofmanna o istnieniu przechodowych form takiego zapalenia, jako też i na zeznaniu świadków, iż denat już na kilka dni przed uderzeniem skarżył się na boleści w brzuchu, mimo to jednak oddawał się zwykłej pracy.

Jak u nałogowych opilców, tak samo i u starców mogą przebiegać ciężkie zboczenia chorobowe bez objawów, któreby ich uwagę na siebie zwróciły. I tak n. p. przebiega u nich wcale często zapalenie płuc [1]), nie zdradzając się ani zwiastunami ciężkiej choroby, ani dusznością, ani gwałtownym kaszlem; ciepłota mierzona pod pachą okazuje się często prawidłową, wykrztuszenia nie ma. Starzec dotknięty takiem zapaleniem płuc *(individuelle asthenische Pneumonie* Leichtensterna) umiera nagle wśród objawów mocnego zapadu. Wogóle dowiedziono, iż starcy podobnie jak dzieci, ulegają wpływom, które znosi bez szkody człowiek w sile wieku. I tak nagłe przekrwienie mózgu lub płuc, i inne zboczenia w krążeniu nagle wywołane, mogą stać się u starców przyczyną nagłej śmierci. Zdarza się, że podeszły w wieku mężczyzna umiera nagle w czasie spółkowania w domu publicznym a sekcya oprócz przekrwienia płuc lub mózgu nie wykazuje żadnych zmian. Jeżli zajdzie wypadek taki nagłej śmierci w czasie spółkowania w domu nierządu, powstaje zwykle podejrzenie o zbrodnię a sekcya sądowa usuwa dopiero to podejrzenie [2]). (C. d. n.)

Terapia.

Prof. Kolaczek: **Przyczynek do leczenia róży.**

Jeszcze przed 10 laty, kiedy to do leczenia róży używano kwasu karbolowego, zrobił prof. K. następującą, prostą próbę terapeutyczną. Pokrył całą część skóry od róży zajętą a naokoło niej obwód skóry zdrowej ma szerokość dłoni papierem gumowym, poprzednio zanurzonym w 5% roztworze kwasu karbolowego, na to dał warstwę waty i obwiązał opaską tak mocno, że papier gumowy przyległ szczelnie i bez fałdów do skóry. Po 24 godzinach odmienił to opatrzenie powiększając je stosownie, jeżeli róża postąpiła dalej.

Skutek był tak korzystny, że go autor użył za najbliższą sposobnością, na którą jednak musiał długo dosyć czekać, bo wiadomo, iż w erze antyseptycznej chirurg rzadko ma do czynienia z różą. Przekonawszy się i teraz o pomyślnym skutku takiego leczenia zdaje z niego sprawę dla użytku kolegów. Według doświadczenia przerzeczony sposób terapeutyczny najbardziej nadaje się do leczenia róży na kończynach, zdaniem jego z tej przyczyny, że tutaj najłatwiej obwinąć dokładnie całą część chorą. Tak np. widział przypadek róży wyszłej ze stopy a sięgającej aż do kolan, w którym po jednem opatrzeniu opisanem, a zatem po 24 godzinach, choroba miejscowo i ogólnie była jakby przerwana. W innych przypadkach skutek taki pojawiał się dopiero po 2 do 4 dniach, jeżeli mianowicie nie użyto zaraz z samego początku sposobu leczenia, o którym mowa.

Nie tak pomyślne skutki terapeutyczne widział autor ze swej metody na tułowiu, prawdopodobnie z przyczyny wielkich trudności założenia wymienionego opatrzenia na dolnej połowie z powodu nieregularności powierzchni, na klatce piersiowej zaś z powodu zmiany kształtu podczas ruchów oddechowych, ale i tu udało się autorowi przeciąć w jednym przypadku różę po 24 godzinach. W róży na twarzy spodziewa się autor skutku tylko w razie, jeżeli róża nie przekroczyła granicy włosów; opatrzenie opisane wygląda na twarzy jak maska.

Później zmienił autor dwojako swój sposób opatrywania: naprzód nie odejmował papieru gumowego, tylko w razie szerzenia się róży przykładał na skórę nowe jego kawałki a następnie nie zwilżał go wodą karbolową, ponieważ pokazało się, iż sam papier wystarcza i przylega tak ściśle do przyskórka, że po kilku dniach da się zdjąć tylko z nim razem.

Skuteczność tego sposobu leczenia róży tłumaczy autor zupełnem zniesieniem przeziewu (perspiracyi) skórnego w miejscach różą nawiedzonych; zatrzymanie zaś trujących gazów przeziewnych, składników potu i łoju skórnego nie pozostaje bez wpływu na rozwój właściwego grzybka róży (*streptococcus erysipelatis*). Zapewne i ptomainy wydzielone przez właściwe bakterye a w skórze zatrzymane, działają na nie zabójczo.

W ten sposób należałoby sobie tłumaczyć skuteczność pomazywania kolodyonem teraz właśnie zalecanego w róży. *(Centralblatt für Chirurgie. 28. 1893).* *D.*

Choroby uszne.

Jankau: **Przyczynek do rozróżniania chorób ucha środkowego od chorób błędnika.**

Autor roztrząsa obszernie dotychczas używane i za rozstrzygające uważane próby słuchu w celu rozróżniania chorób narządu głos przewodzącego od chorób narządu głos pojmującego, jako to próby Webera, Rinnego, Schwabacha i Lucaego, wykazuje ich słabe strony i niepewność rozpoznawczą i podaje wyniki otrzymane za pomocą własnej próby. Ta ostatnia polega na używaniu podwójnego otoskopu czyli dwóch otoskopów, których jedne końce wkłada się do uszu chorego badanego, drugie do obu uszu lekarza i na przystawieniu strojnika brzmiącego na środku czaszki chorego. Wyniki za pomocą tej próby otrzymane są:

1) Podczas badania zdrowego słyszy się ten sam ton po obydwóch stronach.

2) W cierpieniach narządu głos przewodzącego badający słyszy mocniejszy ton od strony zajętej chorego.

3) W chorobach obustronnych ton od strony więcej zajętej jest mocniejszy.

4) W chorobach narządu głos pojmującego ton od strony zajętej jest słabszy; w chorobach obustronnych ton od strony więcej zajętej jest słabszy.

5) Jeżeli badanie za pomocą wziernika i t. p. wykazuje cierpienie narządu przewodzącego, badanie zaś za pomocą dwóch rurek przysłuchowych (otoskopów) okazuje słabszy ton od strony zajętej, wówczas należy przypuścić, że błędnik także już jest zajęty.

Aby dojść do takich rezultatów, powinno się przestrzegać następujących ostrożności: 1) Obydwa otoskopy muszą być jednakiej długości, nie mniej niż metr, i z jednakiego materyału a nasadki dla chorego obleczone kauczukiem dla szczelnego wsadzenia w ucho. 2) Nasadka rurki dla badającego nie powinna szczelnie zatykać przewodu zewnętrznego. 3) Każdą taką próbę musi poprzedzać dokładne badanie ucha zewnętrznego i środkowego. 4) Woskowinę i masę przyskórka należy usunąć przed badaniem. 5) Strojnik brzmiący należy trzymać spokojnie w tym samym kierunku i pod tym samym uciskiem. 6) Słuch badającego musi być na obydwóch uszach jednakowy.

Oparty na spostrzeżeniach klinicznych i na doświadczeniu, odnosi J. wzmocnienie dźwięku po stronie zajętej częścią do zatamowania odpływu fal głosowych z błędnika, wskutek napięcia kostek słuchowych i błony bęb., częścią do powiększenia się współdźwięku, szczególnie w przypadkach częściowego lub całkowitego zniszczenia błony bębenkowej. Ani wypływ fali głosowych, ani współdźwięk powietrza w zamkniętej jamie bęb. sam przez się nie może być przyczyną wzmocnienia dźwięku przy tej próbie, albo-

[1]) Eichhorst. Handbuch d. spec. Path. und Ther. 1887. Pag. 468.

[2]) Vibert l. c.

wiem przy zmniejszeniu się odpływu głosu przez błędnik i ucho środkowe wzmacnia się przewodzenie kostne bezpośrednie do ucha badającego. Te odbite i przez kości przewodzone fale głosowe wzmacniają się jeszcze przez współdźwięk.

Wynik wyżej pod 4) podany tłómaczy J. tem, że, podczas gdy po zdrowej stronie fale głosowe dostają się do naszego ucha tak przez narząd słuchowy, jakoteż przez kości, po stronie chorobowo zajętego błędnika pewne przeszkody zawadzają tak odpływowi głosu przez błędnik i ucho środkowe, jak również przewodzeniu przez kości głowy, albowiem w cierpieniach błędnika są po największej części także już zmiany w błonie bęb., które obniżają znacznie jej zdolność drgania i zmniejszają odbicie i przewodnictwo. (*Archiv f. Ohrenheilkunde. T. 34. Z. 3*). *Dr. Spira.*

Notatki terapeutyczne.

Z kliniki ocznej prof Rydla.

W oderwaniu siatkówki (*amotio retinae*) zaleca prof. Rydel: staranie się o codzienne wypróżnienie przewodu pokarmowego, leżenie na wznak w pokoju ciemnym, wewnętrznie jodek potasu i wstrzykiwanie podskórne pilokarpiny:

88) Rp. *Pilocarpini muriatici* 0·20
Aquae destil. 10·00
S. Wstrzykiwać podskórnie po połowie do całej strzykawki.

Skurcz powiek (*blepharospasmus*) przypadowy leczyć należy lecząc chorobę będącą jego przyczyną; chwilowo można ulżyć lub nawet usunąć dolegliwości:

89) Rp. *Cocaini muriatici*
0·20 usque ad 0·50
Aquae destil. *10·00*
MDS. Krople do oczu.

90) Rp. *Exti belladonnae*
Exti opii aquosi
āā 0·50
Ungti simpl. *10·00*
M. f. ungtum.
S. Co trzy godziny wcierać w czoło.

(*Aerztl. Central-Anzeiger. 21. 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 7. czerwca 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków obecnych 34.

I. Kol. Prezes wita gości Drów Prfra Kostaneckiego i Ebersa.

II. Kol. Prezes przedstawia: *a*) projekt ustawy dla lekarzy kasy chorych w Krakowie, z którym zarząd zwrócił się do komitetu Towarzystwa lek. krak., prosząc o dokładne zbadanie i dokonanie zmian stósownych. Kol. Prezes pyta się zatem, czy posiedzenie dzisiejsze uchwali oddać całą tę sprawę komitetowi do rozpatrzenia, czy też wybierze osobną komisyę?

W dyskusyi kol. Surzycki sądzi: że rozpatrzenie projektu należy powierzyć komitetowi zwłaszcza, że jest już dobrze obeznany z całą tą sprawą.

Kol. K o r c z y ń s k i wnosi, by odesłać go do komitetu, ale z dodaniem mu kol. Surzyckiego, jako lekarza starszego w kasie chorych, lub też i innych jeszcze lekarzy kasowych zwłaszcza, gdyby kol. Surzycki uważał to za potrzebne.

Kol. Prezes oświadcza, iż kol. Surzycki przyobiecał dać prywatnie komitetowi potrzebne wyjaśnienia.

Kol. M u r d z i e ń s k i w odpowiedzi kol. Korczyńskiemu zwraca uwagę, iż nie było dotąd w zwyczaju, aby Towarzystwo lek. dając jakąś sprawę do rozpatrzenia komitetowi powiększało równocześnie liczbę jego członków, albowiem komitet jako wybrany przez Towarzystwo lek. albo posiada równocześnie jego zaufanie albo Towarzystwo wybiera osobną komisyę. Wobec tego wnosi: Towarzystwo lek. krak. ustawę dla lekarzy kasy chorych przesyła do rozpatrzenia komitetowi bez przybrania innych członków. W głosowaniu wniosek kol. Murdzieńskiego przyjęto bardzo znaczną większością.

b) Pismo od komitetu wystawy krajowej we Lwowie zapraszające do wzięcia udziału swego czasu oddane komitetowi, który po zbadaniu sprawy przekazał całą akcyę komisyi przemysłowej. Obecnie kol. Sliwiński, jako sprawozdawca komisyi przemysłowej, w pismie nadesłanem prosi o 50 złr. na koszta potrzebne do wzięcia udziału w wystawie. Wniosek przyjęto.

III. Kol. K o r c z y ń s k i przedstawia ponownie wazelinę wyrobu Brunickiego i Jakubowskiego z Klęczan, którą swego czasu poleciło Towarzystwo lek. krak. poddać dalszym próbom w oddziałach chorób skórnych. Kol. Rosner wypróbował ją w swym oddziale i uznał w pismie nadesłanem za zupełnie odpowiednią. Wobec tego i poprzednich świadectw kol. Rydla i prof. Steingrabera wnosi kol. Korczyński, by Towarzystwo lek. krak. przyjęło ją i poleciło. Wniosek ten uchwalono.

IV. Kol. T y s z k i e w i c z ma odczyt: O plamicy (*morbus mac. Werlhofi*), który wkrótce będzie pomieszczony w *Przeglądzie lek.*

W dyskusyi przemawiają: Kol. G a w l i k o w s k i: W pierwszym z opisanych przypadków kol. Tyszkiewicz rozpoznaje plamicę Werlhofa na tej podstawie, że zmiany chorobowe, jakie sekcya wykazała, nie dawały za życia objawów klinicznych a zatem wnosi kol. T., że zmiany te powstały w ostatnim dniu choroby lub też podczas konania. Otóż na takie tłomaczenie nie mogę się zgodzić. Jak kolegom wiadomo, sekcya wykazała dysenteryę jelita grubego z naciekiem zajmującym prawie całą grubość ściany jelitowej, z nekrozą powierzchownych warstw błony śluzowej, oraz błonicę na migdałkach i łukach podniebiennych a obok tego liczne wynaczynienia krwi w skórze i tkance podskórnej. Zmiany te w ścianie i na migdałkach, w tym stopniu rozwinięte, jak je sekcya wykazała, do swego rozwoju potrzebowały pewnego czasu i w żaden sposób nie mogły się rozwinąć w ostatnim dniu choroby a tem mniej podczas konania. I chociaż one za życia objawów nie dawały, to jednakże istnieć musiały, bo wiadomo kolegom, że wiele spraw chorobowych zkąd inąd ciężkich, jak np. dur brzuszny, mogą istnieć pomimo, że się ich lekarz nie domyśla a chory zaledwie wie o tem, że nie jest zdrowym. Tak samo i w danym przypadku zgadzam się na to, że dysenterya objawów klinicznych nie dawała, ale już chyba winą jest obserwacyi, że błonicy za życia nie rozpoznano.

Zwracając się teraz do owych wynaczynionek podskórnych, to chce je kol. T. uważać za coś odrębnego a zatem za plamicę Werlhofa; zdaniem więc jego mielibyśmy tu kombinacyę trzech spraw chorobowych. Niebym przeciwko temu tłomaczeniu nie miał, gdyby nie to, że wynaczynionki krwawe są w przebiegu chorób zakaźnych rzeczą codzienną. Sama prawie myśl nasuwa się, że w danym przypadku skutkiem zakażenia mieszanego przyszło do dyatezy krwawej, co często spotykamy zwłaszcza w ciężkich formach dysenteryi podzwrotnikowej. Po cóż więc sprawę i tak już zawiłą wikłać jeszcze bardziej przez plamicę Werlhofa, której istoty do dnia dzisiejszego nieznamy. Nie chcę tu roztrząsać, czy plamica jest osobną chorobą zakaźną, czy nie; ale odważyłbym się wyrzec wątpliwość, czy w ogóle plamicę mamy uważać za ściśle ograniczoną jednostkę chorobową, a to z tego względu, że plamicę często spotykamy czy to po przebyciu chorób zakaźnych, czy też w t. zw. ogólnych stanach krwi lub wreszcie w zatruciach. Więc naturalnie w tych razach plamica jako następstwo nie stanowi dla nas odrębnej formy chorobowej. Pozostałyby więc te przypadki, w których czyto obserwacya kliniczna, czy też sekcya nie wykazują nam nic innego prócz rozległych wynaczynień krwi i ich następstw a zatem ogólnej niedokrewności, a nadto zmiany miąższowe, najczęściej ogniskowe w narządach wewnętrznych. Ale i tych ostatnich przypadków nie musimy zaraz uważać za coś odrębnego. Wiadomo kolegom, że dosyć często choroby ostre prowadzą do śmierci, zanim rozwiną się zmiany cechujące

jakąś z chorób zakaźnych. I wtedy sekcya wykazuje krew płynną, zmiany miąższowe w narządach wewnętrznych i mniej lub więcej wyraźny obrzęk śledziony i gruczołów limfatycznych a nadto często wynaczynionki krwi podskórne lub w organach wewnętrznych, a więc cechy ogólne choroby zakaźnej; i jedynie dokładna obserwacya kliniczna lub badanie bakteryologiczne mogłyby czasem dać wskazówkę co do rodzaju zakażenia. Jeżeli więc mamy do czynienia z takim poronnym przypadkiem choroby zakaźnej, która nie doszła do zupełnego swego rozwoju, tem samem nie wywołała cechujących zmian miejscowych a napotkamy przytem wynaczynienia krwi, to nie mielibyśmy wtenczas przed sobą nic innego jak tylko to, co nazywamy plamicą Werlhofa.

Przypadek więc pierwszy kol. Tyszkiewicza tłomaczyłbym jako zakażenie mieszane błonicy i dysenteryi a wynaczynionki jako jedno z następstw ogólnego zakażenia. (*referat własny*).

Kol. Z a r e w i c z: Podczas tegorocznej epidemii ospy przyjęto do mojego oddziału młodego mężczyznę z przyczyny odnawiania się kiły krtaniowej. Po pewnym czasie pobytu w szpitalu, chory począł się uskarżać na mocne bóle głowy z nudnościami i wymiotami, na brak apetytu, dokuczliwe bóle w krzyżach, ogólną wysokiego stopnia niemoc, czemu towarzyszyła ciągła gorączka dochodząca do 40° C. Objawy te wystąpiły po mocnym dreszczu. Chociaż objawy te spodziewać się kazały wybuchu ospy, to przecież ze względu, iż chory przechodził już poprzednio ospę prawdziwą, której ślady pozostały na twarzy, przypuszczenia nasze zachwiały się. Zaznaczyć należy, że u chorego tego wszystkie organa wewnętrzne były zdrowe. Na drugi dzień poczęły występować naprzód na kończynach górnych, następnie i na dolnych a w mniejszym stopniu na tułowiu, krwawe odosobnione plamy i guzki dochodzące od wielkości soczewicy do wielkości grochu. Na języku i mosznach występowały wynaczynionki znacznych rozmiarów a wśród tego pojawiły się krwotoki z pęcherza moczowego. Obraz chorobowy odpowiadał jednem słowem w zupełności temu, co nazywamy chorobą Werlhofa. Występowanie coraz liczniejszych plam i guzków krwawych utrzymywało się niespełna dni trzy, po których wreszcie spostrzeżono, iż na twarzy a szczególnie na czole, gdzie nawiasem mówiąc najmniej znajdowało się zmian wybroczynowych, poczęły występować drobne guziczki żywo czerwone, nieokazujące żadnych wynaczynionek a tu i owdzie takie same pojawiły się i na tułowiu. Gorączka spadła bardzo znacznie. Od tego też czasu zaprzestały przybywać zmiany wybroczynowe. W miarę ilościowego zwiększania się guzków dawniejsze guzki przeobrażały się w pęcherzyki, z których niektóre okazywały charakterystyczne w środku zagłębienie. Nie ulegało tedy więcej już wątpliwości, że mieliśmy przed sobą ospę prawdziwą, wśród której w okresie zwiastunowym wystąpiła choroba niczem, przynajmniej ze stanowiska klinicznego, nie różniąca się od plamicy Werlhofa. W tym czasie przeniesiono chorego do oddziału ospowego w szpitalu św. Łazarza. Jaki dalszy przebieg był ospy nie wiem; wiem jedynie tyle, że ztamtąd po szczęśliwem przebyciu ospy przeniesiono chorego w dobrym stanie, wolnego równocześnie od zmian kiłowych, ponownie do mojego oddziału.

Pouczający ten przypadek dowodzi, jeżeli w moim przypadku chorobę objawiającą się wybroczynami i krwotokami z wewnętrznych organów a niczem, jak wspomniałem, nieróżniącą się od obrazu klinicznego plamicy Werlhofa, za taką uważać zechcemy, że co najmniej jako jeden z czynników usposabiających do powstawania tej formy plamicy, przyjąć także należy rozmaite inne infekcye i co do tego zgadzam się z kol. Gawlikowskim, co również potwierdza przypadek w klinice kol. Rosnera świeżo obserwowany a przez kol. prelegenta przytoczony.

Gdyby w przypadku przezemnie obserwowanym krwotok znaczniejszy z jakiegoś wewnętrznego organu przerwał był dalszy przebieg choroby, rzeczywiście sądzićby należało, że mieliśmy do czynienia z chorobą Werlhofa, nie przypuszczając nawet, że poza nią ukrywała się inna choroba zakaźna, jak w moim przypadku ospa.

Kol. T y s z k i e w i c z w odpowiedzi kol. Gawlikowskiemu zastrzega się, by twierdził, iż błonicze zmiany wystąpiły podczas konania, lecz że może powstały w ostatnich godzinach lub dniu ostatnim; nadto musi wspomnieć powtórnie, że nie było objawów klinicznych ani błonicy ani biegunki krwawej. Zresztą może w końcu przypuścić i zakażenie mieszane.

Kol. G a w l i k o w s k i popierając swoje poprzednie przemówienie wspomina, iż często mogą przebiegać choroby bez żadnych lub z bardzo nieznacznemi objawami klinicznemi, przyczem, co się tyczy plamicy, można przypuścić, iż jest zarodkową formą choroby mającej się dopiero rozwinąć.

Kol. Z a r e w i c z popiera poprzednie swe słowa tem bardziej, że i u jego chorego objawów chorobowych nie można było odnieść do żadnej znanej choroby.

V. Kol. E b e r s okazuje modyfikacyę hełmu Charcota stosowanego i polecanego w bezsenności. Modyfikacya ta dokonana przez kol. Ebersa polega na usunięciu blachy hełmu i wszystkich innych dodatków, które czyniły przyrząd ten niedogodnym do użycia w praktyce. Kula drżąca, którą uzyskał kol. Ebers z tej modyfikacyi, służyć ma do stósowania drżenia w mechanoterapii, do czego nader łatwą okazała się w użyciu.

Sekretarz: *Dr. Olszewski.*

V. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Prof. R y d y g i e r dziękuje prof. Browiczowi za wykład i otwiera dyskusyę nad kwestyą przeszczepialności raka.

Dr. W e h r (ze Lwowa) dziękuje prof. Browiczowi za powołanie się na jego doświadczenie oraz za wyrazy uznania dla tego doświadczenia; nie zmienił dotychczasowego zapatrywania się na naturę raka i trzyma sią tego, co na ostatnim zjeździe chirurgów był wypowiedział. Badania mające przyczynić się do wyświecenia natury raka, muszą być prowadzone na wielką skalę: potrzeba do tego dużego materyału, znacznych funduszów i dlatego badania takie są niemożliwe bez poparcia rządu. Od r. 1888 prowadzi Dr. Wehr w dalszym ciągu doświadczenia nad rakiem u zwierząt: przed niejakim czasem trzymał on sukę z rakiem pochwy w jednej klatce z psem, u którego sprawiono przeczos (*excoriatio*) na prąciu. Spółkowanie zwierząt tych stwierdzono; w ciągu pół roku, przez który zwierzęta obserwowano, zakażenie psa rakiem nie nastąpiło. Raki pochwy, jakie mowca u suk spostrzegał, wydały mu się jakoby powstałe drogą przerzutu. Co się zaś tyczy brodawczaków na prąciu u psów, nie można było w nich wykazać histologicznie ciągłości przybłonka; guzki takie z łatwością dawały się wyłuszczyć; ztąd wyprowadza Dr. Wehr wniosek, że mogą one powstać przez przeszczepienie. Zdaniem weterynarzy, mających sposobność częstego obserwowania raka u zwierząt, powstawanie takie guzków tych jest prawdopodobnem. Pierwszy Langenbeck w r. 1847 przeszczepiał raka, wstrzykując do tkanki sok, wyciśnięty z *carcinoma medullare.* Virchow wykazał jednak później, że zmiana, jaka po wstrzyknięciu tem nastąpiła, nie była natury rakowej. Byłoby nader ważnem, gdybyśmy mogli poznać okoliczności, w jakich przeszczepione raki na nowej glebie się przyjmują. W czterdziestu kilku doświadczeniach, w których przeszczepiony rak przyjął się, po dłuższym lub krótszym czasie powstałe guzki uległy wessaniu; następowało niejako zbliznowacenie tych guzków; najpierw występowały drobne komórki okrągłe, później wrzecionowate, wreszcie wytwarzała się blizna. Jest wielka różnica pomiędzy tkankami fizyologicznemi a tkanką rakową pod względem przeszczepialności: tkanka fizyologiczna rozrasta się tylko w granicach fizyologicznych, rak zaś buja prawie bezgranicznie. Od czegoż więc zależy ta własność bujania, jaką posiadają komórki rakowe? Komórka rakowa musi zawierać jakiś swoisty czynnik, pobudzający ją do tak znacznej proliferacyi.

Schleich i Klebs utworzyli teoryę zapłodnienia komórek rakowych; teoryę tę słusznie wyśmiał Birch-Hirschfeld. Z drugiej strony wszystkie spostrzegane zjawiska, odnoszące się do raka można łatwo wytłomaczyć, jeśli przyjmiemy, że w powstawaniu raka gra największą rolę jakiś czynnik, który przybył z zewnątrz. Nowych dowodów nie może mowca tymczasem przytoczyć, ale z dotychczas stwierdzonych faktów więcej przemawia za, niż przeciw pasożytniczej teoryi raka. Za kilka lat sprawa ta może być już wyjaśnioną; *qui virra, verra!*

Dr. Kryński (z Krakowa) zwraca uwagę, że w razie udania się przeszczepień raka zawsze zrobić będzie można ten zarzut, że jest to fakt analogiczny do przeszczepienia tkanek fizyologicznych. Najważniejszem zadaniem jest przede wszystkiem wyświecenie etyologii raka. Dr. Kryński skłania się do teoryi, według której same komórki rakowe są pasożytami; teoryę tę bowiem tłomaczą wszystkie odnośne zjawiska a nie ma potrzeby przyjmować wszystkich tworów rysowanych dotychczas w komórkach rakowych za swoiste dla choroby tej pasorzyty. Teoryę Cohnheima uważa mówca za wytwór fantazyi.

Dr. Schramm (ze Lwowa) nie może zgodzić się na to, by komórki rakowe można uważać za pasorzyty; dlaczegóż nie twierdzimy tego samego o komórkach chrząstniaka lub mięsaka? Badanie histologiczne wykazuje zupełnie ściśle stopniową przemianę komórek przybłonkowych w rakowe; nie można więc wytłomaczyć, w jaki sposób miałyby przeistaczać się prawidłowe komórki w pasorzyty. Jeżeli spostrzegane fakty zmuszają nas do przyjęcia teoryi pasorzytniczej, należy w takim razie przyjąć już jakiś swoisty pasorzyt, pobudzający komórkę przybłonkową do dalszych przemian, podobnie jak ciałko nasienne pobudza jajko, zapładniając je. Jakiś czynnik pobudzający należy przyjąć w każdym razie.

W odpowiedzi kol. Schrammowi zwraca prof. Browicz uwagę, że w zapatrywaniu, iż komórka raka jest niejako tym pasorzytem będącym przyczyną raka, nie mieści się żadna nowa teorya a tem mniej łączyć je można z teoryą Adamkiewicza, gdyż zapatrywanie podobne od dawna spotyka się w literaturze. Na czem owe właściwości komórki raka polegają, nie wiemy tak samo, jak nie wiemy, dlaczego np. przeszczepione, fizyologiczne tkanki, które z początku się rozrastają, później doszczętnie znikają. Na uwagę kol. Kryńskiego, jakoby teorya Cohnheima była dzisiaj dominującą, oświadcza, iż dzisiaj teoryi Cohnheima w całej jej rozciągłości nikt już nie hołduje, i że już dawno, wkrótce po jej ogłoszeniu, (Br. sam już przed 12 laty w wykładzie mianym w Towarzystwie lekarskiem a ogłoszonym w *Przeglądzie lekarskim* z r. 1881, podniósł zarzuty przeciw teoryi Cohnheima w jej pierwotnem brzmieniu) podniosły się głosy przeciwko owym zbłąkanym lub niezużytym ogniskom komórkowym charakteru zarodkowego, z których Cohnheim wywodził powstawanie nowotworów. Kol. Wehr tłomaczy pojawienie się raka na twarzy w kilku miejscach w przedstawionych przez siebie przypadkach jako wynik przeniesienia raka z jednego miejsca na drugie, słusznie wyłącza przeniesienie się przez naczynia, ale o wiele prościej, zdaje się prof. Br., tłomaczyć można przypadki te jako przypadki wielokrotnego raka, w których każde z ognisk, niezależnie od drugich, powstało jako wynik jawnego już usposobienia indywidualnego. — Wykazano przypadki wielokrotności raka u jednego i tegoż samego indywiduum w różnych narządach, w których stósownie do rodzaju przybłonka powstały raki o różnej budowie histologicznej. W podobny sposób, jak przypadki kol. Wehra, tłumaczyć można przypadki kol. Pieniążka, o których kol. Wehr wspomina. Znane i możebnie, zdaniem mojem, tłomaczone bywają przypadki pojawienia się raka w bliznach lub w ich bezpośredniem sąsiedztwie po usunięciu chirurgicznem raka jako wynik możebnego wszczepienia cząsteczek raka w ranę powstałą z zabiegu operacyjnego, jakkolwiek na podstawie badań Heidenheina co do raka sutka, jakoteż dokonanych w instytucie, pod moim kierunkiem się znajdujących a na drugim zjeździe chirurgów polskich przez Hempla przedstawionych badań co do pojawienia się w dalszych częściach żołądka, po wycięciu rakowo zwyrodniałej części odźwiernikowej żołądka ognisk rakowych tłomaczyć je można jako rozrost mikroskopowych, już w czasie operacyi istniejących ognisk rakowych. Znane i nie tak rzadkie są przypadki wszczepienia się cząsteczek raka w jamach surowiczych, w obrębie których istnieją powierzchownie położone ogniska rakowe np. w wątrobie lub żołądku, zkąd oddzielone cząsteczki rozsiewają się w jamie otrzewny i tworzą np. w obrębie zatoki Douglasa ogniska wtórorzędne. Wiadomo zresztą, jakich ostrożności potrzeba, ażeby tkankę przeszczepioną na jakąś powierzchnią, utrzymać w stanie życia i sprowadzić przyrośnięcie, trudniej przeto, zdaje mi się, przyjąć tak łatwo przeszczepienie komórek raka wrzodziejącego na inną część skóry, chociażby nadwerężonej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

— **Izby lekarskie**. Stósownie do zapowiedzenia ukonstytuowała się w obecności radcy Namiestnictwa i protomedyka Dra Józefa Merunowicza w dniu 24. b. m. i r. izba lekarska lwowska wśród udziału reprezentantów ze Lwowa i wszystkich grup wyborczych. Wybrany został prezesem izby Dr. Józef Różański ze Lwowa, wiceprezesem Dr. Leon Ziemiański z Przemyśla, członkami Wydziału wybrani Drowie Edward Gérard Festenburg i Hilary Schramm ze Lwowa, Dr. Michał Pluciński z Kulparkowa. Delegatem do krajowej Rady zdrowia wybrany Dr. Józef Eckhard z Tarnopola, zastępcą Dr. Aleksander Wysocki ze Złoczowa.

W dniu 25. b. m. i r. po stósownem przemówieniu umyślnie w tym celu przybyłego ze Lwowa radcy Namiestnictwa i protomedyka Dra Józefa Merunowicza ukonstytuowała się izba lekarska krakowska za udziałem wszystkich swych członków. Prezesem wybrany prof. Dr. Maciej Leon Jakubowski z Krakowa, wiceprezesem Dr. Aureli Plech z Jarosławia, do Wydziału wybrani prof. Dr. Henryk Jordan, prof. Dr. Józef Łazarski i Dr. Stanisław Paszkowski, wszyscy z Krakowa. Delegatem do krajowej Rady zdrowia wybrany przezes izby prof. Dr. Maciej Leon Jakubowski z Krakowa, zastępcą wiceprezes izby Dr. Aureli Plech z Jarosławia.

— *Od Komitetu polskiego XI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Rzymie.*

W dalszym ciągu zapowiedziano na Zjazd międzynarodowy w Rzymie następujące odczyty:

Dr. Mintz: O zabiegach chirurgicznych w chorobach żołądka.

Dr. Wicherkiewicz: O niektórych przyrodzonych zboczeniach dróg łzowych.

Dr. Watraszewski: O działaniu leczenia rtęcią w kile czasowo wyleczonej.

Jeszcze raz przypominamy Kolegom, że ostatni termin nadsyłania referatów do prac zapowiedzianych upływa z końcem lipca.

— Temi dniami wyszedł z druku nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie Podręcznik chorób żołądka napisany przez Dra Walerego Jaworskiego, prof. Uniw. Jagiell. Z poważnego dzieła tego, które wypełnia jednę z bardzo wielu luk w naszem piśmiennictwie lekarskiem, zdamy wkrótce sprawę.

— Na posiedzeniu paryskiej akademii lekarskiej, odbytem w dniu 18. b. m. i r., podał Dr. Lagneau między innemi następujące daty statystyczne, odnoszące się do Paryża a rzucające pod wieloma względami osobliwe światło na stosunki demograficzne w stolicy Francyi. Od r. 1801 do 1891, a zatem w ciągu 90 lat, ludność Francyi z 26930756 podniosła się do 38345142, t. j. wzrosła o 42%, gdy ludność Paryża z 547757 powiększyła się do 2447957, t. j. powiększyła się $4^1/_2$ raza. Gdy w prawidłowych stósunkach liczba ludzi każdego wieku maleje w miarę wzrostu liczby lat, w Paryżu przeciwnie jest

więcej dorosłych, niż dzieci. Gdy na 1000 ludności przypada rocznie we Francyi 23·09 urodzeń, w Paryżu jest ich 25·02, ale, gdy naodwrót wypada we Francyi dzieci prawych na małżeństwo 2·84, w Paryżu jest ich tylko 1·93. We Francyi 20%, w Paryżu 32·3% rodzin nie miało lub nie ma dzieci.

We Francyi przypada rocznie na 1000 osób przypadków śmierci 20·71, w Paryżu 24·85. Z 60000 nowonarodzonych w Paryżu wysyłają rodzice 20000 (!) na prowincyą, gdzie śmiertelność roczna między niemi wynosi 37%, gdy dla pozostałych w Paryżu 40000 śmiertelność jest tylko 22%. W ten sposób obliczając, wypada w Paryżu u ludności do lat 5 śmiertelność 47·95% a średnie trwanie życia w Paryżu wynosiłoby tylko 28 lat i 19 dni, gdy dla całej Francyi jest lat 40. Wiadomo też oddawna, że rodziny czysto paryskie rzadko kiedy utrzymują się do 3. lub 4. pokolenia a nader wyjątkowo tylko do 5-go.

Bez immigracyi przeto nie mógłby Paryż istnieć w żaden sposób.

Co do rozmaitych chorób, to umiera rocznie w Paryżu na brak sił żywotnych około 3400, na błonicę od 1500 do 2300, na odrę od 1000 do 2000, na dur od 500 do 2400 osób. Alkoholizm jest u trzeciej części umysłowo chorych przyjętych do zakładów właściwych przyczyną choroby. Na gruźlicę umiera w Paryżu rocznie 12000 osób, z których 11000 ginie ze suchót płucnych. Na 100000 mieszkańców umiera ze suchót płucnych rocznie w Wiedniu 577, w Paryżu 450, w Londynie tylko 202.

— **Kongres lekarski w Rzymie.** Koleje żelazne rosyjskie przyznały członkom kongresu za wylegitymowaniem się właściwem prawo bezpłatnego powrotu od granicy aż do pierwotnej stacyi wyjazdowej.

Na ogólnych posiedzeniach kongresu będą wykładali między innymi prof. Virchow z Berlina o Morgagnim i jego wpływie na naukę lekarską a prof. Brouardel z Paryża o walce z epidemiami.

— Niemieckie Towarzystwo przyrodników i lekarzy odbędzie swe tegoroczne zgromadzenie w Norymberdze od 11. do 15. września. Z zapowiedzianych na trzy ogólne posiedzenia odczytów są treści lekarskiej: prof. Hisa z Lipska o budowie układu nerwowego, prof. Strümpella z Erlangi kwestya wyskoku ze stanowiska lekarskiego, prof. Hueppego z Pragi rzecz o przyczynach kiśnień i chorób zakaźnych i ich stósunku do energetyki.

— Towarzystwo chirurgiczne paryskie obchodzić będzie w dniu 26. października r. b. 50. rocznicę założenia swego.

— W Chicago odbędzie się od 12. do 14. września 3-cie doroczne zebranie amerykańskiego towarzystwa elektroterapeutycznego.

— W Zwickau w Saksonii utworzyło się pod protektoratem króla saskiego towarzystwo ku zakładaniu lecznisk ludowych dla chorób płucnych, które zamierza postawić pierwszy tego rodzaju zakład w Reiboldsgrün.

— Prof. Potain w Paryżu zwraca uwagę, że najgłówniejszym warunkiem skuteczności leków przeciwtasiemcowych (*taenifuga*) jest, by były świeże; ztąd apteki te mają środki najskuteczniejsze, które mają w tym względzie szczególnie znaczny odbyt a tem samem mogą najłatwiej zaopatrywać się zawsze w świeże przetwory leków przeciwtasiemcowych. Tak n. p. kuso, jak i kora korzenia granatowca właściwego po 6 do 8 miesiącach tracą bardzo znacznie na swej skuteczności.

Wreszcie twierdzi prof. Potain, że tasiemiec długoczłonki (*taenia solium*) trafiający się daleko częściej w kilku nawet egzemplarzach, niż tasiemiec przewiercony *(t. mediocanellata)*, staje się coraz rzadszym, ponieważ mięso wieprzowe zawierające zarodki pierwszego jest łatwiejsze do zbadania, niż wołowina zawierająca zarodki drugiego.

— Pewien specyalista badając nozdrza u 500 osób cierpiących na przepuklinę znalazł u 143 z pomiędzy nich oczywiste zatkanie nozdrzy i przypisuje powstawanie przepuklin ciśnieniu prasy brzusznej potrzebnemu do częstego i mocnego nasilania się w celu oczyszczenia zatkanych nozdrzy.

— Pewien lekarz wiedeński, który poleca się damom w zakresie dermatologii a zarazem i ginekologii, ogłasza, iż leczy także i wady piękności z powodu macoszego (tak!) rozwoju form! Można mu śmiało przepowiedzieć, iż zrobi wielki majątek i to w krótkim czasie, jeżeli tylko dotrzyma tego, co obiecuje. Ale o tem wolno wątpić!

— *Towarzystwo lekarskie warszawskie* ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego.

Nowe tematy:

1) Zbadać zmiany anatomiczne w sprawach zapalnych, przebiegających na błonie śluzowej, wyścielającej jamę Highmora.

2) Przeprowadzić badania bakteryologiczne krwi u suchotników.

3) Na zasadzie własnych poszukiwań podać najprostsze sposoby desinfekcyi w chorobach zakaźnych.

4) Wpływ pożywienia, pracy fizycznej, afektów i innych czynników, działających na karmiącą na wydzielany przez nią pokarm (analizy chemiczne i drobnowidowe).

Tematy pozostawione z roku zeszłego:

5) Jakość i ilość bakteryj chorobotwórczych i nieszkodliwych w wodzie wiślanej.

6) Wpływ zanieczyszczeń kanałowych i filtrowania przez filtry piaskowe na zawartość bakteryj i skład chemiczny wody rzecznej.

7) Zbadać chemicznie niektóre produkty trujące jednego z grzybków chorobotwórczych.

8) Zbadać anatomicznie i fizyologicznie unerwienie krtani.

9) Sprawdzić, czy i jakie mikroorganizmy mogą być wraz z potem wydalone z ustroju w chorobach zakaźnych.

10) Zbadać histologiczną budowę jajowodów z uwzględnieniem rozwoju fałdów i kanałów drugorzędnych.

11) Wpływ resekcyi różnej długości odcinków kiszek w różnych miejscach na wchłanianie białka, tłuszczów i wodanów węgla.

12) Porównanie wpływu dyety białkowej różnego pochodzenia (mięso, mleko, jajka, rośliny strączkowe i t. d.) na wydzielanie białka w moczu w przebiegu chronicznego zapalenia nerek.

13) O wchłanianiu tłuszczu i materyj białkowych w przewodzie pokarmowym niemowląt z mleka sterylizowanego w porównaniu z mlekiem kobiecem.

14) Fermentacya w żołądku prawidłowym i patologicznym (badanie chemiczne i bakteryologiczne).

15) Wykazać granicę kąta maksymalnego a jeszcze nieszkodliwego skręcenia główki noworodka: *a*) przy unieruchomionej miednicy, *b*) przy unieruchomionych stopach. Wykazać, jaki udział przy takiem skręceniu przyjmuje każda z części kręgosłupa i oznaczyć dla każdej hamulce skręcenia.

16) Zbadać sprawę trawienia młodej celulozy roślinnej, produkta przytem tworzące się i wyprowadzić ztąd wnioski co do wartości pożywczej celulozy roślinnej (jarzyny, szpinak itd.).

17) Przeszczepialność raka i naukowe objaśnienie tego zjawiska.

18) Czy zniszczenia w płucach u suchotników zależą od działania wyłącznie tylko laseczników Kocha?

Termin do złożenia rozpraw oznacza się do dnia 31. marca 1894 r.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z powyższych 18-tu tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród na rok 1893/4 jest siedm. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa lekarskiego najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Wszystkie prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza stałego Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stósownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz stały

Dr. Brodowski.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Na miejsce przechodzącego na emeryturę prof. położnictwa i ginekologii Veita przychodzi prof. Henryk Fritsch z Wrocławia. — **Petersburg.** Prof. okulistyki w akademii wojenno-lekarskiej Dr. W. J. Dobrowolski złożył swą posadę. — **Tomsk.** Proff. nadzwyczajni Dr. Jerofajew okulistyki, Dr. Anfimów psychiatryi, Dr. Gramma-

tikati ginekologii mianowani profesorami zwyczajnymi tych samych przedmiotów.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Sztrasburgu Dr. Justus Carrière, wnuk Justusa Liebiega, profesor zoologii w uniwersytecie tamtejszym w 39. r. życia. — W Brześciu kujawskim w wieku lat 37 Dr. Teofil Borowy, lekarz więzienny, na dur osutkowy, którego się nabawił pełniąc gorliwie obowiązki swego urzędu. — We Włodzimierzu wołyńskim Dr. Władysław Pawłowski w 57. roku życia. — W Palermo w Sycylii Dr. Benjamin Luzzato, dyrektor i profesor kliniki lekarskiej.

Korespondencya redakcyi.

Upraszamy uprzejmie Sz. Korespondujących z *Przeglądem lekarskim*, by nie mięszali redakcyi z administracyą pisma. Do redakcyi należy tylko część literacka dziennika, t. j. przyjmowanie i odsyłanie artykułów, korespondencya w przedmiocie ich wydrukowania, odpowiedzi na pytania lekarskie i t. p.; wszystkie zaś inne sprawy, jak przyjmowanie prenumeraty, ogłoszeń i przypadających za nie należytości, ekspedycya pisma, posyłanie numerów zagubionych lub niedoszłych tudzież odbitek i t. p. są rzeczą wyłącznie administracyi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 5. Sierpnia 1893. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Wartość ilościowego oznaczania małych ilości cukru w moczu za pomocą płynu Fehlinga w porównaniu z metodami innemi.

Podał

Dr. Maryan Piątkowski.

Z powodu pojawienia się mej rozprawki: *O działaniu leczniczem benzosolu w moczówce cukrowej* (*Przegląd lekarski*, Nr. 44 i nast. 1892) miał Dr. A. Jolles odczyt w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem i ogłosił go w *Wien. med. Presse* Nr. 9, 1893 pod tytułem: *Ueber die Fehlerquellen bei der polarimetrischen Zuckerbestimmung des Harnes nach Einführung von Bensosol.*

Tak z nagłówka, jakoteż z rozprawy wypada, jakobym oznaczał cukier w moczu wyłącznie przyrządem polaryzacyjnym, gdy tymczasem przytoczone przeze mnie tablice ilości i oznaczenia cukru odnoszą się prawie wyłącznie do obliczania ilości cukru sposobem chemicznym. Dr. Jolles wykazuje w swej pracy, jakobym błędnie oznaczał przyrządem polaryzacyjnym ilość cukru; z drugiej strony nie dowierza oznaczeniom małych ilości cukru za pomocą płynu Fehlinga i dołącza do poprzednich zarzutów kilka innych; dlatego też, choć stronę chemiczną swej rozprawki kładę na drugim planie, przerobiwszy sam kilka doświadczeń i uwzględniwszy prace Jakscha (*Prag. med. Wochenschrift, Nr. 31, 1893* i *Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 9, 1893*), Seegena (*Der Diabetes mellitus*. Wydanie III. Berlin, 1893), Senatora (*Ziemssen. Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Leipzig, 1879), Pollatschka (*Bestimmung kleiner Zuckermengen im Harne. Deut. med. Wochenschrift. 1888*) i F. Moritza (*Ueber die Kupferoxyd-reducirenden Substanzen des Harnes unter physiologischen und pathologischen Verhältnissen. Deut. Archiv f. klin. Medizin. 46. Bd.*), muszę jeszcze raz bliżej rozpatrzeć część chemiczną swej rozprawki i odeprzeć zarzuty sobie poczynione.

Zanim Dr. Jolles przystąpił do omówienia niedokładnego, jego zdaniem, oznaczenia cukru przez polaryzacyę, nadmienia, iż oznaczenia 42/10000%, 5/1000%, 2/1000% cukru jest wprost niemożliwe i że nawet nie znamy metody, którąby dozwalała oznaczenia tak małych ilości cukru. Co do mnie, jestem odmiennego zdania; redukcya bowiem wodnika miedziowego powstaje nawet wobec tak małych ilości cukru w bardzo roztworzonym moczu. Tem pewniej mogłem uważać, że redukcya ta pochodziła od cukru gronowego, iż oznaczeń powyższych dokonywałem w moczach, w których początkowo była znaczna ilość cukru a malała znakomicie pod wpływem leczenia benzosolem. Zresztą ostatnie ułamki dziesiętne pochodzą nie wprost z oznaczenia, ale z obliczenia.

Jeżeli ilość cukru jest znaczna, nie trudno jej ilościowo oznaczyć; jeżeli jednak jest bardzo mała (od 3—25 mgr. na 100 płynu), to wykrycie jakościowe jest trudne a ilościowe możliwe tylko płynem Fehlinga. Na poparcie swego twierdzenia, iż tysiączne części cukru gronowego tak w moczu, jako też w płynach wykryć można, sporządzałem roztczyny 1/1000, 2/1000, 3/1000, 4/1000, 5/1000 cukru gronowego na 100 cm. sz. wody przekroplonej lub moczu roztworzonego i dodawałem do nich pewną ilość płynu Fehlinga.

Począwszy od 2/1000 na 100 cm. sz. wody występuje po kilku minutach na dnie kieliszka szampańskiego bardzo dobrze spostrzedz się dająca warstwa osadu, który podczas gotowania unosząc się w cieczy, nadaje jej w świetle odbitem wejrzenie odmienne od pierwotnego: mętne, lekko cisawo zabarwione.

Należy jednak przygotować sobie świeży płyn Fehlinga i zaopatrzeć się w cukier gronowy czysty lub przekrystalizowany z cukru kupnego.

Ilości cukru od 1/1000—4/1000 rozpuszczone w 100 cm. sz. moczu, nie dają po zagotowaniu z płynem Fehlinga

tak charakterystycznie zabarwionego osadu, gdyż czerwony osad tlenku miedziawego w niewielkiej ilości wytworzony, zaciera się pośród fosforanów i innych substancyj strąconych przez zalkalizowanie i zagotowanie. Jeżeli rozpatrzymy pod mikroskopem zebrany w kieliszku szampańskim osad, natenczas z łatwością wykryć można kryształy tlenku miedziawego.

Osad powstały przez zagotowanie 5/1000—10/1000 i więcej cukru na 100 cm. sz. moczu, przedstawia się już bardzo charakterystycznie tak, że mikroskopu całkiem używać nie potrzeba.

Czułość próby Trommera stwierdza również Jaksch (*Klinische Diagnostik. III. Aufl. 1892*, str. 328), czyniąc wzmiankę, że Trommer za pomocą tej próby nietylko 1/1000 ale 1/10000 cukru gronowego zdołał wykazać. Seegen zaznacza, że redukcya w płynie Fehlinga jest lepszą i silniejszą (*Diabetes*. 1893, str. 223), dalej (l. c. str. 224), że odcienia bądź większe bądź mniejsze redukcyjnego oddziaływania cukru na wodnik miedziowy w takim moczu, który poprzednio zawierał cukier w większej ilości, należy uważać za pochodzące od cukru.

Również otrzymał Seegen (l. c. str. 306) redukcyę płynu Fehlinga w rozczynie cukru 0·0017.

Sposób więc, którego używałem do chemicznego oznaczenia cukru, to znaczy miareczkowanie pewnej malej ilości n. p. od 2·5—5 cm. sz. płynu Fehlinga za pomocą roztworzonego i cukier zawierającego moczu z poprawką według Munka, iż po zagotowaniu dla usunięcia substancyj strąconych dodaje się chlorku wapna, uważam za zupełnie nadający się do oznaczeń cukru. Wartość jego powiększa i ta okoliczność, iż nie oceniałem zupełnej redukcyi wodnika miedziowego z odbarwienia płynu, ale dodatkowo puszczałem krople badanego płynu na bibułę napojoną żelazosinkiem potasu, zakwaszonym kw. octowym, który z wodnikiem miedziowym daje zabarwienie czerwone a w braku jego bezbarwną plamę na bibule. Aby za dużo nie dodać rozczynu moczu, gotowałem znowu małą ilość płynu badanego ze świeżą ilością płynu Fehlinga, przez co najmniejsze jego zmętnienie lub zmiana w jasno-niebieskiej barwie wykazywały nadmierną ilość dodanego moczu.

Aby uniemożliwić działanie pewnych substancyj utrzymujących odtleniony na tlenek miedziawy wodnik miedziowy w rozpuszczeniu, lub nie dozwalających mu wydzielić się z połączenia, jak to niektórzy autorowie przypuszczają, roztwarzałem mocz 2—10 krotnie wodą przekroploną, postępując za ich radą.

Jednak jak wszystkie metody służące do oznaczenia cukru, tak i ta ma słabą stronę, że w moczu znajdują się ciała, które, podobnie jak cukier, odtleniają wodnik miedziowy.

Słusznie więc zwraca na to uwagę Jolles i żąda ode mnie metody strącania ciał odtleniających. Ścisłej zupełnie dotychczas nie mogłem zastósować; polegałaby ona na strąceniu wszystkich składników w moczu mogących odtlenić wodnik miedziowy, czego w kilkunastu zwykle badaniach codziennych nie mogłem przedsiębrać. Zapewnić jednak mogę, że substancye białkowate usuwałem przez zagotowanie i zakwaszenie, przez co równocześnie kreatyna zamienia się w kreatyninę, ktorej ilość wogóle, jak wykazali Winogradoff i Stopczański (*Wiener med. Wochenschrift*. 1863, Nr. 21—25), w cukrzycy jest zmniejszoną. Do strącenia kreatyniny używałem chlorku cynku dopóty, dopóki tworzył się nowy osad połączenia chlorku cynku z kreatyniną.

Kwasu glikuronowego w swoich ściśle klinicznych a nie chemicznych badaniach nie uwzględniałem z tej przyczyny, że tenże w podwyższonej ciepłocie pod wpływem kwasu chromowego lub azotowego ma utleniać się, przyczem wywiązuje się kwas węglowy, jak to między innymi wykazali Schmiedeberg i Meyer: *Ueber Stoffwechselproducte nach Campherfütterung* (*Zeitschrift f. physiol. Chemie, 1879*).

Innych ciał odtleniających wodnik miedziowy nie wydzielałem z moczu, gdyż o ile łatwo wyłączać te ciała w pracowni ściśle chemicznej, o tyle trudno, jeżeli obok licznych zajęć klinicznych oznacza się codziennie cukier w znacznej ilości moczów. To też z powodu barwików kwasu moczowego i innych substancyj odtleniających wodnik miedziowy, których nie wydalałem z moczu, podałem w swej rozprawce poprzedniej, że według możności usuwałem ciała redukujące, by dać wyraz temu, iż za zupełne usunięcie substancyj odtleniających wodnik miedziowy ręczyć nie mogłem.

Jeżeli jednak sposób Fehlinga lub pierwotny zmodyfikowany przez Moritza porównam z innymi, to mimo tej wady można uważać metodę oznaczania bardzo małych ilości cukru, t. j. od 5/1000—25/1000 na 100 cm. sz. moczu za pomocą płynu Fehlinga za jedyną i najodpowiedniejszą.

I tak między innymi zaleca mi Jolles próbę fenilhidracynową. Mojem zdaniem służy ona do oznaczenia wprawdzie jakościowego, jednak, jak kilkakrotnie się przekonałem, co do czułości nie dorównywa zupełnie próbie Fehlinga, gdyż dopiero 0·045 cukru gronowego na 50 cm. sz. wody przekroplonej sprawia tworzenie się luźnych kryształów glikozazonu i to w bardzo małej ilości. Odmienność wyników badań swoich, przeprowadzonych według wskazówek Jakscha a Hirschla i Rosenberga, którzy otrzymali kryształki glikozazonu w moczach zawierających 0·03%—0·003% cukru gronowego (Hirschl: *Ueber den Werth der Phenylhydrazinprobe. Zeitschrift f. physiol. Chemie. XIV. 1889)*, mogę tłómaczyć sobie tylko różnicą w składzie chemicznym fenilhidracynu, choć go z pierwszorzędnej fabryki chemicznej Mercka z Darmsztadtu zapisałem. Wprawdzie próbą fenilhidracynową można nawet po stopniu topliwości kryształków, jak podaje Jaksch, odróżnić rodzaje cukrów; jeżeli jednak ilość cukru nie dochodzi do 0·045 na 50 cm. sz. wody, to próba ta daje wynik ujemny, albo jeżeli ilość cukru tylko nieco przekracza 0·045 na 50 cm. sz. wody, to kryształów tak mało, iż oznaczenie ich topliwości jest bardzo trudne.

Wreszcie jeżeli się uwzględni, że kwas glikuronowy daje podobne zupełnie kryształy do fenilglikozazonowych (Seegen l. c. 234), wnosić należy, że w moczu zawierającym małe ilości cukru a nieroztworzonym, oznaczenie jakościowe cukru tym sposobem jest wątpliwe.

Oznaczenie bardzo małych ilości cukru płynem Fehlinga jest ściślejsze także od próby fermentacyjnej. Badania w tym względzie dokonane przez Kobraka (*Zum Nachweis kleiner Zuckermengen im Harn. Diss. Breslau. 1887*), Einborna (*Virchows Archiv. Bd. 102*), wreszcie Moritza (*Deut. Archiv f. kl. Med. Bd. 46, str. 261*) wykazują, iż za pomocą fermentacyi wykryć można 0·1% cukru gro-

nowego a tylko w niektórych przypadkach 0·05% oznaczyć zdołał Einhorn.

Ponieważ mocz sam i drożdże same przez się wydzielają kwas węglowy, radzi przeto Moritz robić dodatkowe 3 próby w rurkach przez siebie sporządzonych a mianowicie: naczyńko jedno z prawidłowym moczem + 2% drożdży; jedno naczyńko (rurkę) z moczem prawidłowym + 0·1% cukru i 2% drożdży; 1 rurkę fermentacyjną z moczem do oznaczenia służącym + 2% drożdży; 1 rurkę fermentacyjną z moczem do oznaczenia przeznaczonym + 0·1 cukru + 2% drożdży (l. c. 262). Wynik dodatni według Moritza ma oznaczać ściśle ilość cukru. Słusznie jednak czyni Jaksch (*Prager med. Wochschr. Nr. 31, 1892*) uwagę, że rezultat ten nie jest jeszcze pewnym, gdyż w moczu znajdywać się mogą inne substancye fermentacyjne (wodniki węgla jak galaktoza, maltoza, lewuloza), wreszcie, że użycie drożdży zawierających bakterye powoduje wytwarzanie się kwasu węglowego z kwasu moczowego.

Przez oznaczenie ilości wyskoku, wytworzonego w moczu zawierającym cukier za pomocą fermentacyi drożdżowej, małych ilości cukru oznaczyć także nie można (Seegen l. c. 318).

Badanie moczu zawierającego cukier za pomocą przyrządu polaryzacyjnego nie jest bardzo ścisłe. Jeżeli mocz jest zupełnie czysty, wtedy wprawne oko z trudnością 0·1% oznaczyć zdoła a mniejsze ilości oznaczyć się nie dadzą. Jeżeli mocz zawiera większą ilość barwików, natenczas przyrządem polaryzacyjnym nie można stanowczo oznaczyć już 0·1%, gdyż widmo jest zaćmione a cukier ołowiowy nie może moczu o wiele wyjaśnić. Mocz przepuszczony według rady Seegena przez węgiel z krwi wyrobu Tromsdorfa, choć czysty jak woda przekroplona i pozbawiony wielu substancyj redukcyjnych, traci jednak pewną ilość cukru. Powtóre, i przy tem oznaczeniu wchodzą w grę i inne ciała, które skręcają płaszczyznę polaryzacyjną to w lewo, jak lewuloza i kwas β-oksymasłowy lub maltoza, która skręcając bardzo znacznie w prawo płaszczyznę polaryzacyjną, może wynik badania, jeżeli się tylko do polaryzatora ograniczymy, uczynić bardzo niepewnym. Oznaczenie więc i tym przyrządem bardzo małych ilości cukru jest niemożliwe.

Na próbę Böttchera-Nylandera, która polega na odtlenieniu wodnika bizmutowego na czarny bizmut metaliczny a ma być czulszą od Trommerowskiej, jak niektórzy autorowie twierdzą, inaczej się zapatruję. Co do czułości w badaniach moich, próba rozczynem Fehlinga, okazała się o wiele czulszą. Powtóre próba ta nie nadaje się do oznaczenia ilościowego. Wreszcie bardzo wiele ciał, jak wykazali Salkowski, Nagler, Vetlesen, Le Nobel, Mörner, Kast, Müller, wprowadzonych do ustroju daje tę samą reakcyę jak cukier; to też w razie podawania środków leczniczych otrzymuje się często reakcye cukru tą próbą, choć cukru niema w nim ani śladu. — Niedokładne strącenie białka z moczu sprawia także osad czarny po dolaniu płynu Nylandera, pochodzący od siarczku bizmutu.

O innych metodach nie wspominam, gdyż są jeszcze mniej dokładne a do oznaczenia ilościowego całkiem się nie nadają.

Jeżeli więc uwzględnimy z jednej strony, iż najmniejsze ilości cukru, bo $^2/_{1000}$ w rozczynie 100 cm. sz. wody a od $^5/_{1000}$ w moczu, przez redukcyę wodnika miedziowego stwierdzić i oznaczyć się dają, z drugiej zaś, że przy tej sposobem klinicznym przeprowadzonej próbie ciała redukcyjne, przy innych zaś inne znów ciała nie dozwalają na ścisłe oznaczenie małych ilości cukru, przyjdziemy do wniosku, że choć metoda redukcyjna nie jest bezwzględnie dokładną, zwłaszcza gdy ciał redukcyjnych nie strącamy, jednak jest najczulszą w oznaczaniu małych ilości cukru a wyniki jej najbardziej odpowiadają rzeczywistej ilości cukru.

Mam tu jednak na myśli miareczkowanie przeprowadzone pod kontrolą chemiczną a nie ograniczające się do odbarwienia płynu po zagotowaniu.

Przy tej sposobności pozwalam sobie odpowiedzieć na zarzut uczyniony przez Jollesa a tyczący się fałszywego tłómaczenia skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej na lewo w przypadku 5. i 9. mej kazuistyki a równoczesnej redukcyi wodnika miedziowego drogą chemiczną.

Twierdzenie moje, iż redukcya pochodzi od kw. będźwinowego, może nie jest należycie uzasadnione, tembardziej, że rozczyny kwasu będźwinowego skręcenia nie dają a w organizmie kwas będźwinowy wydzielony ze związku łączy się z glikokolem na kwas hipurowy. Przyczyną skręcenia na lewo nie jest także kwas hipurowy, jak przekonałem się w ostatnich czasach.

Drugie przypuszczenie moje, iż skręcenie płaszczyzny polaryzacyjnej z równoczesną redukcyą wodnika miedziowego pochodzić może od lewulozy, nie jest bynajmniej, jak twierdzi Jolles, pozbawione racyonalnej podstawy. Znane mi są bowiem bardzo dobrze przypadki, gdzie prócz cukru gronowego w moczówce cukrowej, pojawić się mogą inne ciała do grupy cukrów należące. I tak Reichard (*Zeitschrift f. anal. Chemie 1875, str. 417*) wykazał dekstrynę w moczu; Gorup-Besanez (*Zoochem. Analys. 1872 str. 131*); Zimmer (*Deutsche med. Wochenschrift 1876 str. 329*) i Czapek znaleźli obok cukru gronowego w przypadkach cukrzycy lewulozę w moczu. Już w stanach fizyologicznych według Claude-Bernarda w soku kiszkowym znajduje się ferment zwany inwertynem, który cukier trzcinowy zamienia na inwertynowy, mieszaninę cukru gronowego i lewulozy. Także Haas (*Central. f. mediz. Wissen. 1876 str. 149*) i Johanowsky (*Archiv. f. Gynaec. XII str. 448*) wspominają, iż w moczu zupełnie prawidłowym u ludzi nieokazujących żadnych objawów cukrzycy, występuje czasami ciało, skręcające płaszczyznę polaryzacyjną na lewo a redukujące wodnik miedziowy.

Wobec tego nie cofam bynajmniej twierdzenia, iż w dwóch tych przypadkach mej kazuistyki lewuloza mogła być przyczyną skręcania płaszczyzny polaryzacyjnej na lewo a nie odnoszę tego do benzosolu, do którego odnieść chce Jolles, albowiem tak przed ogłoszeniem swej poprzedniej pracy, jako też w ostatnich tygodniach, podając benzosol chorym, u których żadnych objawów cukrzycy wykazać nie można było, doszedłem do innego wyniku.

I tak roku zeszłego chory z *syringomyelia* zażywał przez dwa tygodnie benzosol po 3 gr. dziennie; tego roku podałem trzem chorym, jednej na suchoty galopujące (*phthisis florida*), drugiej na wiąd pacierzowy, trzeciej na żółtaczkę skutkiem zimnicy, po tygodniu po dwa do trzech gramów benzosolu dziennie. Badanie przyrządem polaryzacyjnym mo-

czów chorych tych, zażywających benzosol po poprzedniem przepuszczeniu przez węgiel z krwi a więc zupełnem odbarwieniu nie wykazały żadnego skręcenia na stronę lewą, badania zaś wprost wykazywały skręcenie najwyżej o $^1/_{10}$ ku stronie lewej.

Wreszcie w przypadku 7. swej kazuistyki, skoro cukier znikł zupełnie, mimo dalszego podawania benzosolu zdołałem otrzymać ustawienie normalne polarymetru.

W przekonaniu mojem umacnia mnie i ta okoliczność, iż i ścisłe badania w tym względzie Jollesa nie wykazują przyczyny właściwej owego skręcenia ku stronie lewej w polarymetrze.

Z końcem lutego b. r. pojawiła się w *Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 9* rozprawa Jakscha, w której opisuje przypadek zatrucia i za przyczynę podaje benzosol podawany pacyentce 50-letniej, chorej od długiego czasu na cukrówkę. W klinice prof. Korczyńskiego podawano, co najmniej w 20 przypadkach, benzosol po 3—6 grm. dziennie, jednak prócz biegunki u niektórych chorych i lekkich bólów w brzuchu od czasu do czasu się pojawiających, nie zauważono najmniejszych innych przypadłości. U chorej n. p. z galopującemi suchotami, którą od 4 tygodni trawiła gorączka od 39—39·8° C., podawałem przez tydzień dawki coraz większe i doszedłem do 5 gr. benzosolu dziennie a mimo to chora nie doznawała żadnych ujemnych lub ubocznych przypadków. Gdyby zaś wskutek benzosolu miało występywać stłuszczenie serca, jakie znalazł Jaksch w opisanym przypadku, to niechybnie pojawiłoby się w tak do tego przygotowanym ustroju a chora zakończyłaby życie. Również nie widziałem najmniejszej żółtaczki u osób, które benzosol zażywały. Mając w klinice chorą z żółtaczką, podawałem jej benzosol, chcąc się przekonać, czy żółtaczka się zwiększy. Wśród a względnie mimo podawania benzosolu żółtaczka zmniejszała się coraz bardziej.

Wobec tego wszystkie objawy zauważone w przypadku Jakscha za życia a zarazem i niepomyślne zejście należy mojem zdaniem odnieść raczej wprost do moczówki cukrowej, w której stłuszczenia narządów wewnętrznych przydarzają się tak często.

Ostatecznie poczuwam się do obowiązku odwołania ustępu, w którym na podstawie mylnej informacyi zasięgniętej w *Therapeutische Monatshefte* 1891, str. 145, przytoczyłem Bongartza jako wynalazcę benzosolu, gdyż jest nim właściwie Ryszard Seifert z Radebeulu koło Drezdna, który go w swej fabryce wyrabia, o czem mnie niedawno listownie zawiadomił.

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

Serya trzecia.

I.

Czy Franciszek W. zmarł z otrucia?

Podał
Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz i chemik sądowy w Krakowie.

(Dok. Patrz Nr. 30).

Stósownie do powyższego żądania drugich znawców przesłuchano w październiku sądownie otoczenie zmarłego a z tych zeznań wyjmujemy, co najważniejsze:

Świadek I. K., szwagier zmarłego, podał, że nieboszczyk Franciszek W. żył przez ostatnie 2 lata bardzo źle ze swoją żoną (a siostrą świadka) a przyczyną złego pożycia był stósunek, jaki żona utrzymywała z obcym człowiekiem, Józefem Sm. W ostatniej chorobie, która trwała 2 dni, podawał nieboszczyk, że doznaje bólu w dołku żołądkowym i wymiotował bardzo często. Choroba rozpoczęła się wymiotami. Na kilka dni przed chorobą spostrzegł w szafie swej żony flaszeczkę z wódką osobliwej woni a od czasu, gdy zachorował, czuje tę woń przy jedzeniu i piciu wszystkiego, co mu żona podaje. Pomimo, że chory domagał się wezwania lekarza i że świadek dał mu na ten cel 10 zlr., nie dopuściła żona wezwania lekarza, podając, że choroba więcej będzie kosztować; natomiast przyniosła mu z miasta proszki, po których mu się duszniej na piersiach zrobiło. Chory nie miał gorączki ani dreszczów, lecz tylko uporczywe wymioty, które wzmagały się po użyciu lekarstw przez żonę podawanych. Sam chory twierdził, że „jest zdradzony“, użalał się przed świadkiem na Józefa Sm., że przez niego majątek niszczeje, że nieraz porywał się do bicia go wraz z własną żoną. We wsi utrzymuje się wieść, że nieboszczyk zmarł z otrucia.

Świadek Wojciech Kw. słyszał, że żona nieboszczyka Franciszka W. wysyłała męża do Ameryki; gdy on jednak nie chciał jechać, mówiła „gdybyś prędzej zdechł, tobym ja z Józefem Sm. lepiej żyła“; zresztą potwierdza zeznania poprzedniego co do złego pożycia, sam zaś słyszał, jak raz mówiła żona do nieboszczyka „kiedyś do Ameryki nie pojechał, to dobrowolną śmiercią nie zejdziesz z tego świata“. Ostatnią pogróżkę słyszeli i inni świadkowie, którzy to w sądzie potwierdzają; podają nadto, że po pogrzebie męża udawała się wdowa do księdza, aby dać na zapowiedzi z Józefem Sm., a nadto czyniła starania u notaryusza, aby Józefowi Sm. mogła darować połowę majątku. Oglądacz zwłok w tej gminie, który nie spostrzegł na zwłokach Franciszka W. żadnego śladu gwałtu, potwierdza zresztą podania o złem pożyciu z żoną i słyszał również, że żona wyprawiała nieboszczyka do Ameryki.

Akta uzupełnione takiemi zeznaniami świadków oddano drugim znawcom, którzy orzekli:

Ostatecznej przyczyny śmierci Franciszka W. dziś stanowczo podać nie możemy. Po przesłuchaniu świadków jednak i uwzględnieniu dotychczasowego dochodzenia, zachodzi podejrzenie otrucia Franciszka W. i dlatego konieczny jest rozbiór chemiczny jego wnętrzności. Ponieważ między znajdującemi się w słoju okazami czynu najważniejszego organu, t. j. żołądka brak, przeto konieczną jest ponowna sekcya zwłok nieboszczyka, w celu wydobycia z nich żołądka a w razie jego zgnicia, przynajmniej części znajdujących się w jamie brzusznej a uległych zgniliźnie, nadto wydobycie części płuc i części mózgu i przesłanie ich w dobrze opakowanym słoju do rozbioru chemicznego wraz z trzewami znajdującemi się już w Sądzie tutejszym. Dopiero bowiem wynik rozbioru chemicznego zdoła wyjaśnić przyczynę śmierci.

Temu zupełnie usprawiedliwionemu żądaniu drugich znawców uczynił sąd zadość i polecił im dokonanie ekshumacyi zwłok, przy której znaleźli, co następuje:

Po wskazaniu grobu, w którym pochowano zwłoki Franciszka W., przez osoby, które były obecne przy pierwszej sekcyi zwłok denata, przystąpiono do ekshumacyi, poczem, gdy trumnę wiśniowo malowaną z grobu wydobyto i otworzono, znaleziono w niej zwłoki mężczyzny, na których okazują się ślady przedsięwziętej już sekcyi. Obecni stwierdzają, że to są zwłoki Franciszka W. Po skonstatowaniu tożsamości, przystąpiono do poruczonej czynności.

Oględziny zewnętrzne. Zwłoki płci męzkiej, wzrostu słusznego, wieku nie dającego się dziś stwierdzić z powodu wysokiego stopnia ogólnej zgnilizny, okazują ślady dokonanej na nich sekcyi, mianowicie czaszka rozcięta, próżna, okryta skórą zespojoną na szczycie szwem a tułów

zespojony jest również trzema, trzymającymi się do tej chwili szwami. Twarz podłużna, koloru brudno-czarnego, okazuje skórę częściowo w okolicy nosa i policzków zmumifikowaną, w innych miejscach znów kruchą i rozpadłą. Czaszka symetryczna, kości czaszkowe cienkie.

Oględziny wewnętrzne. W jamie czaszkowej znajduje się w częściach ku tyłowi położonych około 200 grm. treści brudno-czarniawej, konsystencyi mazistej. Treść tę wyczerpano do słoja oznaczonego Nr. 2. Podstawa czaszki nieuszkodzona. W jamie ust niema języka, albowiem wycięto go podczas pierwszej sekcyi. Skóra na tułowiu miejscami zupełnie zgniła, rozchodząca się, na przodkowej powierzchni znów przedstawiająca tkaninę czarniawą, zaschłą, pargaminowatą, w dotyku twardą. W klatce piersiowej znajdują się resztki zgniłych płuc, na brzegach również pargaminowato zaschłych. Wątroba przedstawia masę czarną, okrytą szaremi ziarnkami na powierzchni, pochodzącemi od grzybków. Zbitość wątroby z powodu pargaminowatego zaschnięcia znaczna. Części wycięte płuca jak i wątroby włożono do słoja oznaczonego Nr. 2. Znajdujące się w jamie brzusznej trzewa brzuszne przedstawiają szaro-żółte masy zaschłe, pargaminowate, które po odcięciu złożono do słoja oznaczonego Nr. 3, albowiem Nrem 1 postanowiono oznaczyć słój z resztkami przechowany w sądzie. Na reszcie ciała mianowicie na kończynach znajdujemy zmiany pargaminowate i skutkiem tego mięśnie w głębi są dość dobrze zachowane.

Orzeczenie. Ponowna sekcya nie wykazała żadnych zmian, któreby wykazywały bezpośrednio przyczynę śmierci nieboszyka. Wobec tego, że zachodzi podejrzenie gwałtownej śmierci wywołanej otruciem, przeto trzewa zapakowane w słoje Nrami 2 i 3 oznaczone oddajemy sędziemu śledczemu, w celu postarania się o ich rozbiór chemiczny. Uderza tylko przy dzisiejszej sekcyi mumifikacya całych zwłok nieboszczyka.

Tak tedy po upływie wielu miesięcy od śmierci Franciszka W. — śmierci, której przyczyna była widocznie bardzo podejrzaną, nietylko ze względu na przypady spostrzegane w ostatniej chorobie zmarłego, lecz zwłaszcza ze względu na niezwykłe okoliczności towarzyszące temu zejściu i je poprzedzające, dostały się wnętrzności nareszcie w ręce chemików, którzy badając według powszechnie używanych metod, po dokonaniu rozbiorów wnętrzności ze słojów oznaczonych l. 2 i 3 (gdyż treści słoja l. 1 nie badali, jako otwieranego już przez innych znawców), wykazali w części treści tych słojów przetworu arsenu tak znaczną ilość, iż go było można oznaczyć ilościowo. Przy tem oznaczeniu otrzymano z przedmiotu do badania użytego 0·084 grm. arsenianu magnowego, co odpowiada 0·054 grm. kwasu arsenawego czyli t. zw. arszeniku białego. Chemicy dodali w końcu swego orzeczenia następującą uwagę:

„Na podstawie doświadczenia a mianowicie uwzględniając okoliczność, że wnętrzności badane pochodzą ze zwłok ekshumowanych, nie możemy przypuścić, żeby tak znaczna ilość przetworu arsenu pochodziła z ziemi cmentarnej a jeżeli trumna nie była malowana jaką farbą arszenikową, to stanowczo twierdzimy, ze przetwór arsenu znajdował się w samych zwłokach“.

Skutkiem tego orzeczenia zarządzono trzecią ekshumacyą zwłok Franciszka W., po której przesłano chemikom do zbadania: 1) ziemię obojętną z cmentarza (nie z grobu), badanie wykluczyło w niej obecność przetworu arsenu; 2) ziemię z pod trumny Franciszka W. — w tej wykazano przetwór arsenu; 3) wióra z trumny Franciszka W. — wynik badania ujemny; 4) wnętrzności z pierwszej sekcyi Franciszka W. (których poprzednio nie badano), w których również wykazano obecność znacznej ilości przetworu arsenu.

Po przedstawieniu sobie wyników tych badań orzekli znawcy lekarze, uwzględniając przypady za życia spostrzegane, wynik sekcyi a zwłaszcza wyniki rozbiorów chemicznych i okoliczności towarzyszące przypadkowi, że 1° Franciszek W. zmarł śmiercią gwałtowną; 2° że śmierć nastąpiła wskutek dostania się arszeniku do wnętrzności; 3° że arszenik ten był spożyty przez Franciszka W. za życia, czyli, że Franciszek W. zmarł wskutek otrucia arszenikiem.

Gdy ostatecznie okazało się, że wiarołomna żona, która tymczasem weszła w uplanowane oddawna związki małżeńskie z Józefem Sm. i zapisała mu z krzywdą własnych dzieci cały swój, dosyć znaczny majątek, czyniła w ostatnich czasach przed śmiercią męża rozpaczliwe starania, aby dostać trucizny, gdy lekarz, który poprzednio praktykował w pobliskiem mieście zeznał, że w czasie krytycznym udawała się do niego kilkakrotnie z prośbą o truciznę „na szczury“, które rzekomo wielkie szkody czynią we młynie; gdy aptekarz miejscowy przyznał, że wydał jej raz pastę fosforową, gdy zaś ta była, według jej podania, nieskuteczną, dał jej właśnie w owym czasie dosyć znaczną ilość pasty arszenikowej — oskarżyła c. k. Prokuratorya Państwa Katarzynę 1° voto W. 2° voto Sm. o zbrodnię morderstwa a męża jej Józefa Sm. o współwinę w tej zbrodni.

Przy rozprawie ostatecznej odbytej prawie w 2 lata po śmierci Franciszka W. nie przyznawali się oskarżeni wcale do winy a wieści o otruciu W. kładli na karb ludzkiej złośliwości. Obwiniona, jakkolwiek dowiedziała się w sądzie, że mąż jej zmarł z otrucia, to jednak utrzymywała, że prawdopodobnie dopuścił on się samobójstwa, miał bowiem jakieś „gizdy“, których używał, aby się stać niezdolnym do służby wojskowej i zapewne temi „gizdami“ się otruł. Obwiniona przyznała, że pobierała z apteki bez recept maści trujące na szczury, że pierwszym razem otrzymała maść żółtą, która nie okazała się szkodliwą dla „szczurów“, dopiero w kilka tygodni później otrzymała maść białą, która jeszcze po śmierci męża miała być w mieszkaniu, jednak co się z nią ostatecznie stało, tego nie wie.

Świadkowie potwierdzili podanie o złem pożyciu małżonków, o gorszącym stósunku obwinionej z Józefem Sm. za życia męża i opisali dokładnie przypady spostrzegane w jego ostatniej dwudniowej chorobie. Dopiero na końcu rozprawy zjawiła się wiekowa niewiasta, która podała, że w przeddzień śmierci Franciszka W. odwiedzając go już chorego, przyniosła mu opieczętowany papier, schowany poprzednio na strychu we młynie. Z papieru tego miał Franciszek zażyć biały proszek, papier spalić i prosząc świadka, aby to zachował w tajemnicy, miał twierdzić, że to jest środek, który mu pomógł do uchronienia się przed służbą w armii. Okoliczność ta zadecydowała widocznie o losie sprawy; przysięgli bowiem zaprzeczyli pytania odnoszące się do morderstwa i współwiny i oboje oskarżeni opuścili wolni gmach sądowy.

Niebawem jednak wyszły na jaw okoliczności, które skłoniły Prokuratoryę do wznowienia dochodzeń. Tym razem przy ponownej rozprawie odwołała owa wiekowa niewiasta podania swoje o zażyciu przez nieboszczyka owego fatalnego proszku, narażając się tym sposobem na usprawiedliwiony zarzut krzywoprzysięstwa a ława przysięgłych uznała Katarzynę Sm., 1° voto W. winną zbrodni morderstwa skrytobój-

czego. W pewien czas po usłyszeniu wyroku skazującego ją na wieloletnie więzienie, przyznała się Katarzyna, że pierwszemu swemu mężowi podawała w pokarmach otrzymaną z apteki pastę arszenikową, wskutek czego zmarł z otrucia.

„Historya dosyć częsta nietylko w książkach, ale i w życiu“ powie zapewne czytający, „z tą tylko uwagi godną okolicznością, że czyn wyszedł na jaw, co się nie zawsze zdarza“. Ogłaszając opis tego przypadku w *Przeglądzie Lekarskim* nie mamy na celu refleksyj społecznych ani moralnych, do jakich daje bez wątpienia podstawę zajście tego rodzaju, odbywające się pośród ludu. Celem niniejszego opisu jest zwrócenie uwagi na zamięszanie, jakie w samym początku dochodzenia powstało w sprawie niniejszej jedynie z braku należytej przezorności i oględności ze strony obducentów. Na szczęście nie ucierpiał na tem wymiar sprawiedliwości, jakkolwiek doznał znacznej zwłoki i dał powód do badań kosztownych i dwukrotnej ekshumacyi.

Wobec trudnego zadania, jakiem było w przypadku niniejszym rozpoznanie przyczyny śmierci, gdy zwłoki uległy znacznemu gniciu, należało po pierwszej sekcyi nietylko wstrzymać się od wydania orzeczenia, tak jak to obducenci uczynili, lecz stósując się do wymagania ustawy należało przechować do badania chemicznego narządy, jakie się zawsze przechowuje w takich przypadkach i następnie poddaje badaniu chemicznemu, zwłaszcza, że podejrzenie śmierci z otrucia było już z samego początku bardzo mocne, a nawet sam wynik sekcyi, jakkolwiek znacznie zgniłych zwłok uzasadniał je poniekąd. Natomiast obducenci spostrzegłszy pewne bezwątpienia niezwykłe zmiany w różnych tkankach, tak do zjawiska tego przywiązali całą swoją uwagę, że żądając badania mikroskopowego zmian, z których istnienia sprawy sobie zdać nie mogli, zboczyli z drogi zwykłej, utartej, wygodnej, która tak, jak zwykle, byłaby i w tym przypadku pewniej i prędzej doprowadziła do celu.

Mumifikacya zwłok, która zwracała uwagę drugich znawców przy ekshumacyi, tak że nawet w orzeczeniu ich pewien nacisk położono na to spostrzeżenie, nie zależy, jak obecnie wiadomo, od obecności przetworu arsenu w zwłokach, lecz od innych okoliczności a dawniejsze pod tym względem zapatrywania usuwa stanowczo praca Zaaijera. (*De Toestad der Lijken na Arsenicum-Vergifting.* Amsterdam. 1885).

III. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

H. R. Sloan: **Kwas karbolowy w durze brzusznym.**

Idąc za zaleceniem Charterisa spróbował autor kwasu karbolowego w 10 przypadkach duru brzusznego zadając go w pigułkach[1]) zawierających po 0·15 tego środka. We wszystkich 10 przypadkach chorzy odosobnieni leżeli poziomo w łóżku i byli na dyecie mlecznej. Skoro tylko rozpoznanie było pewne, dostawali dziennie po 3 pigułki z kwasem karbolowym. Zwykle po trzech dniach takiego leczenia ciepłota ciała spadała a wtedy zadawano chorym tylko po 2 pigułki dziennie, jednę rano, drugą wieczorem. Nakoniec, gdy ciepłota tak ranna jak i wieczorna stały się prawidłowemi, podawano tylko po pigułce co dwa dni. Podczas całego tego leczenia uważano bardzo pilnie na działanie kwasu karbolowego i badano nader starannie mocz chorych.

W czterech przypadkach powróciły przypady chorobowe, mianowicie gorączka, po zaprzestaniu wymienionego leczenia; zadano więc znowu po 1, 2 lub 3 pigułki, stósownie do wysokości gorączki i innych przypadów chorobowych. Gdy stan chorych znów się poprawił, zmniejszano im stopniowo dawkę dzienną kwasu karbolowego.

W tydzień po ustąpieniu gorączki można było pozwolić chorym na dyetę pożywniejszą, łatwo strawną a później w miarę postępu wyzdrowienia nawet na pokarmy stalsze.

Zdaniem autora działanie kwasu karbolowego w durze brzusznym polega na niszczeniu właściwych tej chorobie drobnoustrojów; dzięki temu gorączka trwa krótko, nie przychodzi do przypadów tak ciężkich, jak przedziurawienie jelit, krwotok a wyzdrowienie postępuje prędko i choroba nie wyniszcza organizmu.

Autor jest przekonany, że kwas karbolowy zadawany zaraz na początku epidemii duru brzusznego okaże się energicznym środkiem zapobiegawczym równie pewnym, jeżeli nie pewniejszym, jak szczepienie krowianką przeciw ospie. (*British med. Journal. 25. Marca. 1893*). - *D.*

Choroby zakaźne.

Feer: **Błonica bez wytwarzania się błon pod formą nieżytowego zapalenia gardła.**

Autor opisuje 8 przypadków błonicy powstałej w szpitalu, w których wykazano bakteryologicznie i przeszczepieniem hodowli na zwierzęta obecność właściwych prątków, gdzie zmiany w gardle były natury czysto nieżytowej. Podobne przypadki opisywał Trousseau pod nazwą *diphtheria sine membrana* a Gerhardt jako *diphtheritis abortiva*. (*Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte. Nr. 8. 1893*).

Dr. Komorowski.

Notatki terapeutyczne.

Tran rybi ze żelazem (*oleum jecoris aselli ferratum*) sporządza się podług przepisu:

91) *Ferri chlorati sublimati* 3·00
Solve via frigida in
Olei jecoris aselli 997·00
Filtra in casu necessitatis.

Jestto płyn przeźroczysty, cisawo-czerwony zawierający około 1‰ żelaza.

Tran rybi z jodem (*oleum jecoris aselli jodatum*) sporządza się.

92) Rp. *Jodi* 1·00
Lente addendo
Chloroformii 2·00
Solve in
Olei jecoris aselli 999·00

Zapach, smak i barwa zwykłego tranu rybiego. Zmięszany z kleikiem skrobiowym nie zabarwia go w sposób wiadomy.

Tran rybi z jodem i żelazem (*oleum jecoris aselli ferrojodatum*):

---

[1]) Farmakopea tak austryacka jak i niemiecka oznaczają dawkę kwasu karbolowego wewnętrzną największą na 10 centygramów; trzebaby przeto zapisać albo pigułki 10 centygramowe i z tych dawać zażywać dziennie po 4 do 5ciu zmniejszając ich liczbę w miarę potrzeby albo pigułki 5 centygramowe i z tych dawać z początku po 9, później trzy razy więcej, niż proponuje Sloan. Na pigułki 10 centygramowe byłby przepis:

Rp. *Acidi carbolici puri* 3·00
Exti et pulv. radd. liquir.
āā q. s.
M. exacte.
F. l. a. pill. nro 30.
Consp. pulv. lycopodii.
D. in vitro.
S. Pigułki karbolowe 10 centygramowe.

(*Przyp. spraw.*)

93) Rp. *Ferri pulverati* 2·00
Jodi 4·00
Olei jecoris aselli 40·00

Uciera się w moździerzu dodawszy nieco eteru, dopóki jod zupełnie nie zniknie i nie utworzy się czarna mięszanina, którą się roztwarza dolaniem tranu rybiego 954·00, poczem się przesącza.

Zawiera około 0·5% jodku żelaza.

(*Les Nouveaux Remèdes. 24. Juillet. 1893*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22. czerwca 1893 r.

Prezes kol. Łazarski. — Członków 64.

I) Kol. Prezes przedstawia projekt ustawy dla lekarzy kasy chorych z poprawkami poczynionemi w komitecie towarzystwa, co do wiadomości przyjęto.

II) Kol. Prezes w obszernem przemówieniu przedstawia ważność wyborów do Izby lekarskiej, które mają się odbyć w niedługim już czasie i proponuje wybranie komitetu przedwyborczego złożonego z 25 członków, któryby zajął się obmyśleniem i przedstawieniem kandydatów na członków i zastępców do Izby lekarskiej; zarazem odczytuje listę nazwisk kolegów, którzyby weszli w skład tegoż komitetu przedwyborczego.

Kol. Madurowicz zwraca uwagę, że na liście proponowanej przez kol. Prezesa znajduje się dużo nazwisk młodych kolegów mało znanych a tu według kol. Madurowicza należy wybrać kol. starszych, którzy mają więcej doświadczenia, przytem znają etykę lekarską, potrzeby stanu lekarskiego i t. d.

Kol. Blatteis odpowiada, iż na liście proponowanej widzi aż siedemnastu powyżej lat 35; sądzi więc, że uczyniono zadość wymaganiom kol. Madurowicza.

Kol. Wilkosz sądzi, iż każdy mogąc tego lub owego z listy skreślić, może zarazem wszelkim swym wymaganiom zadość uczynić.

Kol. Jakubowski uważa za najodpowiedniejsze powierzyć samemu komitetowi wybranie i przedstawienie kandydatów.

Kol. Zarewicz uważa komitet za mały liczebnie, by mógł zająć się tak ważną kwestyą jak wybór kandydatów. Ztąd też popiera stanowczo propozycyę kol. Prezesa.

Na wniosek kol. Pieniążka zamknięto dalszą dyskusyę i wybrano komitet przedwyborczy złożony z kolegów: Łazarskiego, Trzebickiego, Kwaśnickiego, Zarewicza, Korczyńskiego (starszego), Cybulskiego, Olszewskiego, Marsa, Domańskiego, Blatteisa (młodszego), Gabryszewskiego, Jakubowskiego, Kohna, Obalińskiego, Paszkowskiego, Pieniążka, Ponikłę, Rosenzweiga, Rosnera (młodszego), Rydla, Sroczyńskiego, Tyszkiewicza, Wilkosza, Wiszniewskiego i Żuławskiego.

III) Kol. Korczyński wnosi, by zwołać nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa, zaprosić na niego Kolegów poza Towarzystwem i urządzić próbne głosowanie.

W dyskusyi: Kol. Wilkosz sądzi, że próbne głosowanie a również zwoływanie lekarzy będących z poza gronem Towarzystwa jest wcale niepotrzebne.

Kol. Prezes wyjaśnia, że zwoływanie lekarzy z poza grona Towarzystwa może sprawić wiele kłopotu a czasu na to zbyt wiele już niema.

Kol. Ponikło jest zdania, że Towarzystwo lek. słusznie bierze żywy udział w wyborach do Izb lekarskich; również uważa, że godziwą jest rzeczą zaprosić i kolegów nienależących do Towarzystwa na to nadzwyczajne posiedzenie.

Kol. Tyszkiewicz nie zgadza się na zwoływanie nadzwyczajnego posiedzenia, bo to rzecz zanadto przewlecze a czasu niema, bo wybory mają się odbyć już 30. b. m.

Kol. Pieniążek zgadza się na zapatrywanie kol. Tyszkiewicza a tylko uważałby za potrzebne ogłosić jaknajprędzej listę kandydatów przedstawionych przez komitet przedwyborczy.

Kol. Zarewicz sądzi, że należy zaprosić kolegów nie należących do Towarzystwa ze względu nawet już na samo koleżeństwo, bo właściwą jest rzeczą nie odpychać nikogo, lecz wspólnie się porozumieć i na jedno zgodzić.

Po dłuższej dyskusyi, w której zabierali jeszcze głos koledzy: Wilkosz, Korczyński, Pieniążek, Ponikło i Tyszkiewicz, przyjęto większością wniosek kol. Korczyńskiego i postanowiono zwołać nadzwyczajne posiedzenie na czwartek t. j. 26. b. m.

IV) Kol. Zoll po opowiedzeniu początku swej choroby i dalszego przebiegu zapalenia w stawie kolanowym, które pomimo leżenia w łóżku, kąpieli, masowania a w końcu przyrządu unieruchomiającego wykonanego na miejscu w Krakowie nie ustępowało, owszem obrzęk coraz bardziej się zwiększał, przedstawia przyrząd wykonany i założony u Hessinga. Przyrząd ten jest nadzwyczaj dogodny, dozwala on kol. Zollowi swobodnie chodzić a nawet wykonywać silniejsze ruchy, jak skakać i t. d. Działa on ekstenzyjnie a równocześnie suspenzyjnie a składa się z trzewika, z części goleniowej, udowej i rodzaju siodełka, przyczem kolano samo jest wolne. Dodać jednak należy, że za pomocą odpowiedniej sztabki dającej się przyśrubować, można unieruchomić kolano zupełnie; poczem okazał kol. Zoll swoje kolano, które mimo długiego chodzenia niczem prawie nie różni się od drugiego.

W końcu demonstrował kol. Zoll fotografie rozmaitych przyrządów używanych przez Hessinga w zapaleniu stawu biodrowego, skrzywieniach stosu kręgowego i t. d.

Sekretarz *Dr. Olszewski.*

V. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

II. wykład. Prof. Obaliński (z Krakowa): Uwagi nad laparotomią z powodu niedrożności jelit na podstawie 110 własnych przypadków.

Przed sześciu laty zdawał sprawę prof. Obaliński na zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie z tej samej kwestyi; opierał się wówczas na 38 własnych przypadkach a doszedł do wniosku, że pomimo wielkich usiłowań nie możemy rozpoznać należycie niedrożności jelit we wczesnym okresie tej choroby. Proponował wówczas próbną laparotomię; w przypadkach stwierdzenia czynnościowej niedrożności jelita *(ileus paralyticus)* lepiej jest oczywiście zachowywać się wyczekująco, aniżeli operować. W końcu podał szemat, według którego należałoby obserwować przypadki przed laparotomią i po niej, gdyż tą tylko drogą, opierając się na wielkiej ilości przypadków, można ustalić podstawy rozpoznania. Dzisiaj rozporządza bardzo wielkim materyałem, gdyż stanowi go 110 własnych przypadków a ostateczny wniosek, do którego doszedł, jest taki sam, jak przed 6 laty a mianowicie: tam, gdzie mamy do czynienia z niedrożnością mechaniczną (anatomiczną), należy operować, w przypadkach zaś niedrożności czynnościowej (porażnej) wyczekiwać.

Chirurgia postąpiła jednak w tym względzie w ciągu ostatnich lat: dzisiaj możemy w większej liczbie przypadków rozpoznać, z jakim rodzajem niedrożności mamy do czynienia. Dopiero co wypowiedzianej zasady w postępowaniu leczniczem trzyma się prof. Obaliński dopiero teraz, po krytycznem rozpatrzeniu się w zestawionym własnym materyale. Jeszcze przy setnej laparotomii trzymał się tej zasady, że w każdym przypadku niedrożności jelit robił próbną laparotomię. Wynik postępowania tego jest świetny. Prelegent przedstawia tablice, w których pokrótce zestawił swoje przypadki; odsetka śmiertelności wogóle wynosiła 65·5%. Dalej

dowodzi prof. Obaliński, że metoda, której się stale trzymał, to jest, że w każdym przypadku niedrożności robił próbną laparotomię, jest najlepszą i że analogiczne sposoby praktykowane w chirurgii dały najlepsze wyniki; tak było z wycięciem jajników, tak z gruźlicą stawów. Chociaż już odstępujemy od resekcyi stawów gruźliczych, operacya ta zaznaczyła się w chirurgii bardzo poważnie, gdyż dzięki jej poznaliśmy dokładnie samą chorobę we wszystkich jej okresach. Tak samo rzecz się ma z próbną laparotomią. Ciekawem jest porównanie rezultatów otrzymanych drogą operacyjną przez prof. Obalińskiego z rezultatami, otrzymanemi przy niedrożności jelit przez Goldamera, który obserwował 50 przypadków w oddziale wewnętrznym i który w większości przypadków postępowanie swoje do samej tylko obserwacyi ograniczyć musiał. Goldamer miał 70% śmiertelności. Jest to różnica na pozór mała; jednak zestawienia Goldamera nie można wcale przyrównywać do zestawienia prof. Obalińskiego, gdyż Goldamer w 12 przypadkach podaje *diagnosis incerta*, następnie podaje szereg przypadków, w których wogóle nie warto operować a zwłaszcza obydwu statystyk tych nie można porównywać dlatego, ponieważ prof. Obaliński w każdym przypadku mógł dokładnie przekonać się o rozpoznaniu, czy to podczas operacyi, czy też podczas operacyi i sekcyi; Goldamer zaś we wszystkich przypadkach zakończonych wyzdrowieniem, rozpoznania stwierdzić nie mógł. W dalszym ciągu przystępuje prof. Obaliński do szczegółowego rozpatrzenia grup, na jakie przypadki swoje podzielił. Praca Goldamera pod jednym względem miała doniosłe znaczenie praktyczne; wykazał on bowiem, że w przypadkach niedrożności jelita nie należy zwracać się do środków przeczyszczających, lecz podawać choremu tylko opium i to w jak największych dawkach; najmniej po 0·02—0·05 tak, żeby chory prawie ciągle był odurzony. W zwężeniach jelita na 4 przypadki wyzdrowiało 3, umarł 1; w skręceniu zagięcia esowatego (*torsio flexurae sigmoideae*) na 19 przypadków umarło 9, wyzdrowiało 10.

W r. 1889 opisał prof. Obaliński w *Przeglądzie lek.* i *Berl. klin. Wochenschrift* przypadek niedrożności jelita, w którym obserwował chorobę tę od samego początku, gdyż powstała ona w jego oddziale szpitalnym. U kobiety, której przed trzema tygodniami wyciął prof. Obaliński macicę, wystąpiły nagle bardzo gwałtowne bóle i inne objawy niedrożności jelita; w 12 godzin później wystąpiło ogromne wzmożenie się ruchu robaczkowego jelit. Na zasadzie 36 przypadków znał już wówczas prof. Obaliński doniosłe znaczenie tego objawu; rozpoznał przeto niedrożność mechaniczną, wykonał laparotomię i chorą uratował. Wtedy to wystąpił prof. Obaliński przeciwko Bummowi, który nad symptomatologią niedrożności jelita przechodził do porządku dziennego i podniósł powiększenie się ruchu robaczkowego jelit do znaczenia objawu patognomonicznego w mechanicznej niedrożności jelita.

Drugim objawem patognomonicznym w tym rodzaju niedrożności jelita jest wykazane przez Wahla tak zwane wzdęcie brzucha miejscowe (*localer Meteorismus*). Bardzo ważnemi w tej kwestyi są prace Zoege v. Manteuffla i Kadera; klinicznie i doświadczalnie udowodniono znaczenie tego objawu. Uciśniona pętla jelitowa podlega pewnym zmianom: występują zboczenia w krążeniu, zmiany w samej ścianie jelita, powiększenie się wydzielania i nagromadzenie się w takiej pętli treści płynnej i gazów; pętla taka zostaje porażoną, nieruchomą. Jeśli, badając klinicznie, wykazać możemy w brzuchu taką pętlę, możemy z zupełną pewnością rozpoznać mechaniczną niedrożność jelita.

Na zjeździe chirurgów niemieckich w r. 1891 zaprzeczał Zoege v. Manteuffel, że podobne zmiany występują również w jelicie doprowadzającem, Schlange jednak wykazywał, że zmiany takie zachodzą i w doprowadzającej pętli; nie są one jednak tam tak wybitne, jak w pętli zaciśniętej; przedewszystkiem ściana jelita doprowadzającego nie jest porażoną w tak wysokim stopniu, przeciwnie występują w niej ruchy przeciwrobaczkowe (antyperystaltyczne) w przeciwieństwie do pętli zaciśniętej, która pozostaje nieruchomą. Dopiero po dłuższym czasie następuje całkowite porażenie jelita doprowadzającego. Już Nothnagel wykazał przez doświadczenia, że po zaciśnięciu jelita pętla doprowadzająca wydyma się i że występują w niej ruchy przeciwrobaczkowe. Po wystąpieniu ogólnego zapalenia otrzewnej uważa prof. Obaliński operacyę za spóźnioną. W swoich 110 przypadkach mógł był prof. Obaliński wielokrotnie stwierdzić jeden z tych dwu objawów lub też obadwa. Przekonał się o nich nie we wszystkich przypadkach dlatego, ponieważ zwracał uwagę na objawy te dopiero od pewnego czasu. W skręceniu zagięcia esowatego na 19 przypadków zapisano miejscowe wzdęcie brzucha 15 razy, w 4 przypadkach nie zapisano go, lecz były to przypadki najbardziej zadawnione; powiększenie się ruchu robaczkowego zanotowano 4 razy. W chorobie tej miejscowe wzdęcie brzucha jest bardzo znaczne; zachodzą tu jednak pewne stosunki anatomiczne, wskutek których ruchu robaczkowego w przypadkach tych, jak to wykazał Samson, nie widzimy: wydęta pętla znajduje się w tylnej części brzucha i jest od przodu innemi pętlami jelitowemi zakryta. W r. 1885 obserwował prof. Obaliński powtórne skręcenie *S* rzymskiego; uratował ten przypadek przez resekcyę jelita, proponował wówczas wycinać nie całe zagięcie esowate, ale tylko znaczną jego część. Inni idą jeszcze dalej i proponują całkowite wycięcie tego jelita. — Recydywę skręcenia zagięcia esowatego spostrzegał prof. Obaliński 4 razy; 3 przypadki zakończyły się pomimo operacyi śmiertelnie, 1 wyzdrowiał.

Skręcenie *ilei* operował prof. Obaliński 19 razy; w przypadkach tych występowały wymioty prawie stale (17 razy); wzdęcie brzucha miejscowe i ruchy robaczkowe jelit i w tych przypadkach spostrzegano, lecz nie w wszystkich z powyżej już wymienionych powodów. Jeśli jelito cienkie jako całość skręci się naokoło kreski, nie spostrzegamy ruchu robaczkowego, gdyż całe jelito cienkie jest wówczas porażonem. Możemy jednak stan ten łatwo rozpoznać: w niedrożności czynnościowej wzdęcie brzucha jest jednostajnem, w niedrożności zaś wskutek skręcenia całego jelita cienkiego naokoło kreski wzdęcie to jest pagórkowate, ruchy zaś robaczkowe nie występują. W przypadkach tych rokowanie jest bardzo złe; już po 12 godzinach może nastąpić obumarcie ściany jelita.

Prof. Obaliński operował 11 przypadków zadzierzgnienia jelita (*strangulatio intestini*); pięć wyzdrowiało, sześć umarło. Wybitny ruch robaczkowy notowano siedm razy, wzdęcie brzucha miejscowe raz jeden. Zazwyczaj występuje tu wzdęcie brzucha miejscowe; nie zawsze jednak można je klinicznie wykazać, zwłaszcza jeśli uciśnięta pętla jest niewielka. W podobny sposób rozpatruje prelegent 14 grup, na które podzielił swoje 110 przypadków niedrożności jelita. Zazwyczaj występował albo jeden albo obydwa objawy, o które w wykładzie niniejszym głównie chodzi. Szczegółowy opis powyższych przypadków poda prof. Obaliński w pracy, jaką wyda na uczczenie teraźniejszej budowy nowego pawilonu chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

W przypadkach zapalenia otrzewny z przedziurawienia (*peritonitis perforativa*) operował prof. Obaliński 9 razy; 8 przypadków zakończyło się śmiertelnie. W przypadkach *ileus paralyticus* nie operuje wcale, chyba wyjątkowo; występuje on najczęściej w zapaleniach otrzewny, powstałych przy zapaleniu kiszki ślepej lub *appendicitis necrotica*, również przy *perimetritis* i *parametritis*. W tych przypadkach należy operować tylko tam, gdzie zapalenie otrzewny jest ograniczone. Jeśli sprawa chorobowa bierze swój początek w wyrostku robaczkowym, należy koniecznie odszukać go i wyciąć.

Prelegent spostrzegał 7 przypadków wgłobienia jelit: wszystkie zakończyły się śmiertelnie, ale też dostały się prof. Obalińskiemu bardzo późno, bo średnio 13-go dnia po wystąpieniu cierpienia. W tych przypadkach może najłatwiej przekonać się można o wzmożeniu się ruchu robaczkowego jelit, bo tu w każdym razie być musi. Przypadki

wrzekomej przepukliny (*hernia spuria*) były operowane pó źno; połowę uratowano, połowa zmarła. W przepuklinie ukrytej (*hernia occulta*) wykazać można zawsze stwardnienie i ruch robaczkowy; należy je operować jak najrychlej. Pomimo to przypadki te były operowane późno (średnio 8 go dnia); połowę uratowano.

Po rozpatrzeniu tak ogromnego własnego materyału, dochodzi prof. Obaliński do następujących wniosków:

Niedrożność jelita czynnościowa daje się klinicznie odróżnić od niedrożności mechanicznej; w pierwszej występuje jednostajne wzdęcie brzucha bez wyraźnego rysunku osobnych pętli, w przypadkach zaś niedrożności mechanicznej występuje wzdęcie brzucha miejscowe lub powiększenie się ruchu robaczkowego kiszek, lub też obadwa te objawy. Na podstawie tych dwu objawów wczesne rozpoznanie mechanicznej niedrożności zwykle jest możliwe a gdyby przypadki te operowano wcześniej, aniżeli to się dzieje obecnie, wyniki operacyjne byłyby znacznie lepsze.

Prof. Obaliński zwraca uwagę na te dwa objawy, zalecając w każdym przypadku niedrożności jelita dokładną obserwacyę w tym względzie. Stwierdzenie tych objawów przed laparotomią jest koniecznem, gdyż wówczas dopiero można dojść do umotywowanego rozpoznania, które operacya będzie mogła stwierdzić.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

— W chwili zamykania dziennika otrzymujemy wiadomość, że z powodu niepomyślnych doniesień o stanie zdrowia publicznego w wielu państwach europejskich XI. międzynarodowy kongres lekarski odbyć się mający we wrześniu r. b. w Rzymie odroczony został do kwietnia r. 1894.

— Postanowieniem cesarskiem z dnia 27. lipca r. b. mianowany został ziomek nasz, docent prywatny i prymaryusz szpitala Rudolfa w Wiedniu Dr. Edmund Neusser, zwyczajnym profesorem szczegółowej patologii i terapii chorób wewnętrznych i dyrektorem drugiej kliniki lekarskiej w uniwersytecie wiedeńskim.

(Prof. Dr. E. Neusser urodził się w Swoszowicach w Galicyi pod Krakowem w r. 1852, stopień doktora otrzymał w r. 1877, w r. 1888 został prywatnym docentem medycyny wewnętrznej w uniwersytecie wiedeńskim. Po śmierci Bambergera zastępował przez rok profesora kliniki lekarskiej, w r. 1889 został lekarzem ordynującym (prymaryuszem) w szpitalu wiedeńskim Rudolfa. Jednym z pierwszych gratulantów z okazyi awansu Dra Neussera na profesora był książę Ferdynand Bułgarski, jego pacyent. Można powiedzieć, iż nominacya, o której mowa, spotkała się z wielką a niezwykłą sympatyą ogółu tak w Wiedniu jak i na prowincyach).

— Dr. Ludwik Michalewicz z Warszawy zamierza, jak donoszą dzienniki warszawskie, założyć w górach świętokrzyzkich w miejscowości zwanej Śtą Katarzyną, w odległości 2½ mili od Kielc zakład leczniczy metodą X. Kneippa.

— Na opróżnioną przez śmierć prof. Kundrata katedrę anatomii patologicznej w uniwersytecie wiedeńskim przedstawia kolegium profesorskie Wydziału lekarskiego jednomyślnie Dra Antoniego Weichselbauma, profesora nadzwyczajnego i prosektora w szpitalu Rudolfa w Wiedniu.

— Prof. uniwersytetu wiedeńskiego Dr. Edmund Neusser miał, jak donoszą dzienniki polityczne, otrzymać wezwanie do uorganizowania Wydziału lekarskiego w Sofii w Bułgaryi.

— Doc. Uniw. Jagiell. Dr. Aleksander Zarewicz wyjechał na kilka tygodni do Cieplic trenczyńskich na Węgrzech.

— O działaniu magnesów na układ nerwowy różne różni badacze mieli i mają jeszcze pojęcia. Jedni twierdzili, że magnesy powiększają opór przewodnictwa w nerwach ruchowych, inni, że magnesy działają na histeryczki i osoby zahipnotyzowane, inni, że w pewnych stanach chorobowych daje się po dotknięciu rozróżnić biegun jeden magnesu od drugiego i t. d. Inni nakoniec nie wierzyli w żaden wpływ magnesów na ustrój zwierzęcy a mianowicie na układ nerwowy. Otóż by przekonać się ostatecznie, kto ma słuszność, podjęli Dr. Peterson i A. E. Kenelly w pracowni Edisona za pomocą silnych elektromagnesów szereg doświadczeń, których wypadek da się streścić jak następuje: na części ustroju zwierzęcego zawierające żelazo jak hemoglobina i ciałka krwi czerwone widocznie magnesy nie działają, równie jak nie wpływają w żaden widoczny sposób na krążenie w naczyniach włosowatych u żaby. Ażeby się przekonać, czy pole magnetyczne działa na układ nerwowy, poddawano w cylindrycznem naczyniu szklanem naprzód psy, potem małe dzieci wpływowi bardzo silnych ektromagnesów i nie widziano najmniejszego nawet działania. Umieszczano następnie głowy naprzód zwierząt, potem ludzi między biegunami bardzo silnego elektromagnesu z tem urządzeniem, żeby badany nie mógł dostrzedz chwili zamknięcia i otwarcia prądu; zamykano i otwierano potem prąd z szybkością 280 razy na sekundę a mimo to badani nie otrzymywali nie tylko żadnego widocznego skutku, ale nawet i żadnej najlżejszej sensacyi. Z tego wnoszą Peterson i Kenelly, że najsilniejsze nawet elektromagnesy, jakie dziś mieć można, całkiem a całkiem nie wpływają na układ nerwowy ani u człowieka ani u zwierząt.

— W zakładzie X. Kneippa w Wörishofen w Bawaryi było w roku bieżącym do 12. lipca 29701 leczących się, między nimi 300 Polaków. Przeważają Francuzi i Włosi. Księży samych jest przeszło 100, najwięcej z Francyi i Niemiec. Chorych bada ośmiu lekarzy, którzy swe rozpoznanie wypowiadają X. Kneippowi a ten dyktuje terapią! To coś odwrotnie jak w sądach przysięgłych, gdzie profani orzekają o winie a prawnicy oznaczają karę.

— Budapeszt, zamożna stolica Węgier, nie cieszy się jeszcze pomyślnemi stósunkami sanitarnemi. Z dat tyczących się roku 1892 wyjmujemy co do śmiertelności następujące: na 1000 ludności umarło 28, co jest przyczyną, iż w rzędzie 62 wielkich miast europejskich Budapeszt jest pod względem śmiertelności ogólnej 48-mem. Wielka liczba przypadków śmierci zaszła z chorób zakaźnych, które w ostatnich czasach znacznie się wzmogły tak, iż pod tym względem zajmuje Budapeszt w rzędzie 62 wielkich miast europejskich miejsce 59, jest więc czwartym od końca. W roku 1892 umarło na błonicę 726 a na cholerę azyatycką 501 osób. Natomiast umarło z gorączki połogowej 31 a na ospę tylko 4 osoby. Z gruźlicy zginęła szósta część zmarłych. Największa śmiertelność była na wiosnę, najmniejsza w jesieni. W ostatnich 5 latach umarło średnio z 1000 dzieci w pierwszym roku życia 222 a zatem więcej niż w Dublinie (173), Wiedniu (205) i Dreźnie (210), mniej zaś niż w Tryeście (226), Hamburgu (228), Bukareszcie (252), Berlinie (268), Wrocławiu (282), Petersburgu (304) i Monachium (311).

— **Cholera.** Przypadek w Sanoku pierwotnie za cholerę uważany nie okazał się jako taki po zbadaniu bakteryologicznem tak, że w tej chwili niema w Galicyi ani jednego przypadku cholery. Natomiast są coraz liczniejsze przypadki cholery azyatyckiej we Francyi południowej, w departamencie Hérault, mianowicie w miastach Cette, Montpellier, Béziers, Lunel i t. d. w 21 miejscowościach tegoż departamentu, dalej w Tulonie, w Marsylii, w Nicei i okolicy.

W Rosyi mianowicie europejskiej cholera w ostatnich tygodniach rozszerzyła się i zajmuje w tej chwili 14 gubernij prócz sporadycznych przypadków z innych niektórych gubernij. Najwięcej przypadków bywa na Podolu, gdzie od 13—20. czerwca (s. s.) zachorowało 309 (umarło 90) a od 20. do 26. t. m. zachorowało 499 a umarło 122 osób, tudzież w mieście Orle, gdzie zachorowało od 20. do 26. czerwca 63, umarło 26, od 27. czerwca do 3. lipca zachorowało 79, umarło 37. W mieście Moskwie było 11. lipca 79 osób chorych na cholerę.

Z Węgier donoszą tylko o sporadycznych przypadkach z komitatu szatmarskiego; wątpić jednak można, czy o wszystkich.

Najgorsze wiadomości są z Turcyi azyatyckiej, szczególnie z Mekki, gdzie w czasie od 26. czerwca do 3. lipca umierało dziennie 500, 955, 652, 511, 443, 452, 294 i 257 osób. Od

pojawienia się epidemii zmarło w Mekce 5690, w Minie 1174, w Dżeddzie 795, razem 7659 osób.

Nie tak złe przychodzą wiadomości z wilajetu basorskiego, gdzie od 17. maja do 30. czerwca umarło 908 osób.

I Włochy nie są wolne od cholery: jakoż donoszą o przypadkach z Genui, Alessandryi, Ventimiglii, Medyolanu a w ostatnich dniach z Neapolu.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 12. Sierpnia 1893. Nr. 32.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{8}$ „	„ 6 „

I. Z pracowni zakładu sądowo-lekarskiego radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu.

O dyfuzyi trucizn i barwików w ludzkich zwłokach[1].

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu sąd.-lek. w Uniw. Jag. i lekarz sądowy.

Ze zjawiskiem dyfuzyi i imbibicyi spotykamy się niemal codziennie przy sekcyach zwłok nieświeżych, zwłaszcza letnią porą. Zazwyczaj znajdujemy w tych przypadkach znaczne przesiąknięcie (imbibicyę) wątroby, okolicznych pętli jelit a czasem także ich błony śluzowej barwikami żółci lub też przesiąknięcie wśródsierdzia i błony wewnętrznej tętnic rozpuszczonym barwikiem krwi. Już przez analogię przypuścić należało, że podobnie jak żółć z pęcherzyka swego, tak również i różne płyny n. p. rozczyny trucizn lub barwików, które wprowadzono rozmyślnie lub przypadkowo w jakikolwiek narząd po śmierci lub pod koniec życia ustroju, wnikają w okoliczne narządy z pierwotnego swego ogniska i tu wywołują właściwe sobie zmiany.

Powszechnie i oddawna wiadomo, że trucizny bardzo żrące, jak kwasy nieorganiczne i ługi, przenikają przez żołądek po śmierci, mimo, iż ściana jego zupełnie jest nienaruszona. Strassmann[2]) był pierwszym, który się przekonał, że i kwasy organiczne a mianowicie kwas karbolowy mają tę samą własność. Również i ja miałem sposobność spostrzegania zjawiska pośmiertnej dyfuzyi w przypadku otrucia się zgęszczonym rozczynem siarkanu miedziowego i surowym kwasem karbolowym[3]).

[1]) Pracę tę wykonałem wspólnie z Drem Albinem Haberdą, asystentem zakładu sądowo-lekarskiego w Wiedniu. Równocześnie okaże się ona w języku niemieckim.

[2]) Officieller Bericht über die X. Hauptversammlung des preuss. Medicinalbeamtenvereines. Berlin. 1893. — Strassmann: Zur Lehre von der Arsenvergiftung.

[3]) *Przegl. lek.* 1893. Nr. 25, str. 337.

Do niedawna przywiązywali autorowie małe znaczenie do powyższego zjawiska. Orfila[1]), opisując otrucia ze stanowiska sądowo-lekarskiego, twierdzi, iż znawca musi się upewnić w każdym przypadku otrucia, czy trucizna za życia, czyteż po śmierci dopiero dostała się do ustroju. Wykonał on też cały szereg doświadczeń z różnemi truciznami, które wprowadzał do jelit we zwłokach. Na zasadzie swych doświadczeń doszedł do przekonania, że trucizny podane po śmierci sprawiają zmiany prawie tylko miejscowe, gdyż dyfuzya po śmierci bywa bardzo słaba. Schauenstein[2]) opisując sposoby rozróżniania otrucia za życia wywołanego od przypadków, w których wprowadzono truciznę n. p. w złośliwym zamiarze po śmierci do żołądka, odbytnicy lub pochwy, zwraca uwagę na zjawisko dyfuzyi w zwłokach gnijących; jego bowiem zdaniem, trucizny po śmierci wprowadzone mogą wskutek przenikania dostać się nawet do dalszych narządów od miejsca pierwotnego podania i w ten sposób naśladować otrucie prawdziwe, t. j. za życia dokonane.

Doświadczalnie wykazali Kidd[3]) i Walther[4]) zjawisko dyfuzyi. Ten ostatni podjął doświadczenia swe na 4 królikach celem wyjaśnienia przypadku, jaki mu się wydarzył w praktyce sądowo-lekarskiej. W przypadku tym odnoszącym się do zwłok kobiety, które z wody wydobyto, rozchodziło się o oznaczenie przyczyny śmierci. Znaleziono bowiem przy sekcyi w żołądku i innych narządach arszenik, obok zmian przemawiających, iż śmierć nastąpiła z uduszenia przez utonięcie we wodzie. W orzeczeniu uznał Walther utopienie za przyczynę śmierci a na pytanie, czy arszenik podano kobiecie za życia, czy po śmierci, odpowiedział na zasadzie swych doświadczeń, że arszenik zadano za życia,

[1]) Vorlesungen über gerichtl. Medicin. Leipzig. 1829. Bd. III. Str. 385.

[2]) Lehrbuch der gerichtl. Medicin. Wien. 1862. Str. 465.

[3]) Caspers prakt. Handbuch d. gerichtl. Medicin neu bearbeitet von Liman. Berlin 1876. VI. Auflage. II. Bd. Str. 405.

[4]) Caspers Vierteljschr. f. ger. Med. 1862. XXII, str. 185.

gdyż zwłoki były świeże a arszenik znaleziono w wątrobie i śledzionie. Zdaniem jego dyfuzya arszeniku odbywa się tylko w zwłokach gnijących.

Zjawisko dyfuzyi badali także Taylor, Moltedo, Ageno i Granara [1]). Reese [2]) poczynił wiele doświadczeń, napełniając żołądki zwłok zwierzęcych arszenikiem, antymonem i sublimatem, które go utwierdziły w przekonaniu, że trucizny te w 3 do 7 tygodni zwolna i stopniowo przenikają całą masę zwłok. Pomijając cząstkowe prace nad powyższem zjawiskiem ogłoszone przez Millera [3]) i Vaughana, przyznać trzeba, iż pierwszym, który na wielką skalę doświadczalnie zjawisko to badał, był Dante Torsellini w Syenie [4]). Doświadczenia swe wykonywał na zwłokach żab, królików i psów z żelazosinkiem potasu i arszenikiem, przyczem doszedł do przekonania, iż substancye te a zwłaszcza arszenik przenikają w czasie o wiele krótszym, niż to dawniej przyjmowano, przez narządy sąsiadujące z miejscem pierwotnego wprowadzenia trucizny, t. j. z żołądkiem. Arszenik mógł był już po 6—7 dniach wykazać w mózgu, wcześniej nawet w wątrobie a znacznie wcześniej w płucach i sercu. Spostrzeżenia Torselliniego, różniące się pod względem czasu potrzebnego do przenikania arszeniku w narządy odległe od żołądka od dawniejszych, skłoniły Strassmanna do podjęcia doświadczeń tych wspólnie z Kirsteinem [5]). O wyniku zgodnym z wynikami poprzedników Torselliniego, jak n. p. Reesego, jakoteż i o nowych spostrzeżeniach doniósł Strassmann w krótkim wykładzie na posiedzeniu pruskich lekarzy rządowych w kwietniu b. r., którego szczegóły podano w treściwem sprawozdaniu w Nrze 25. niniejszego tygodnika.

W końcu swego zajmującego wykładu dodaje Strassmann, iż z tematem powyższym łączy się jeszcze wiele zagadnień, oczekujących dokładnego zbadania, jakoteż że nauka o dyfuzyi pośmiertnej przedstawia rozległe, nie łatwo wyczerpać się dające zadanie, dla którego nawet okolicznościowe spostrzeżenia przedstawiają doniosłą wartość.

Uwaga powyższa Strassmanna, jakoteż i zachęta ze strony radcy dworu prof. Dra Hofmanna, któremu na tem miejscu mam zaszczyt złożyć wyrazy głębokiej a prawdziwej wdzięczności za niezwykle troskliwe i łaskawe zajęcie się tak powyższą, jak i inną obszerniejszą pracą moją, były dostateczną pobudką do podjęcia dalszych doświadczeń nad zjawiskiem dyfuzyi wspólnie z przyjacielem moim Drem Albinem Haberdą, asystentem zakładu sądowo-lekarskiego i zastępcą prosektora sądu krajowego i gminy miasta Wiednia.

Zaraz na wstępie tej pracy nasunęło się pytanie, czy bliższe badanie zjawisk pośmiertnego przenikania trucizn przedstawia w istocie realne korzyści, czy też przeciwnie należy uznać temat powyższy zgodnie z Limanem [6]) i Taylorem [7]) za więcej teoretyczny. Jeśli bowiem i Orfila [8]) był zgodnego zdania z dwoma co dopiero wymienionymi autorami, nie może zupełnie zadziwiać, gdyż tenże przypuszczał pośmiertną dyfuzyę tylko w bardzo miernym stopniu.

Inaczej zapatruje się Tardieu i Roussin [9]) na znaczenie tego zjawiska, w dziele swem o zatruciach zastanawiając się nad różnemi drogami, któremi trucizna może wniknąć do ustroju po śmierci. Pominąwszy przypadek przez nich podany, w którym igła miedziana zostawiona w żołądku zwłok, stała się powodem powleczenia całej błony śluzowej warstwą miedzi tak, iż można było przypuścić otrucie roztworem soli miedziowych, wspominają, że prawie w każdym przypadku oczywistego otrucia skrytobójczego wypowiada obrona przed trybunałem zarzuty, jakoby była niewykluczoną możliwość dostania się trucizny do zwłok już po śmierci. Zazwyczaj podnosi obrona możebność dostania się trucizny z ziemi nią napojonej, w której zwłoki były pogrzebane lub z trujących barwików, jakiemi były powleczone trumna lub sztuczne kwiaty wieńców. Zwracają oni uwagę także i na tę okoliczność, że w rozstrzyganiu przypadków, w których jest podejrzenie otrucia, należy zawsze wykluczyć możebność dostania się trucizny na schyłku życia jako środka leczniczego.

Tu na tem miejscu pozwolę sobie przypomnieć głośną sprawę, która poruszyła w swoim czasie niemal cały Lwów a którą ogłosił czcigodny mój szef, prof. Dr. Halban [1]). Nie wchodząc w bliższe szczegóły tej sprawy, wymienię tylko, iż prof. Feigel w orzeczeniu swem przypuszczał otrucie sinkiem potasu a to na zasadzie charakterystycznego zabarwienia żywo-czerwonego błony śluzowej żołądka. Dziś wiemy, dzięki odkryciu Koberta [2]), że wszystkie związki sinowe wywołują zaczerwienienie błony śluzowej żołądka, wskutek przemiany methemoglobiny w tak zwaną methemoglobinę sinowodową i że zjawisko to jest pośmiertnem, gdyż tylko po śmierci krew mieszcząca się w błonie śluzowej żołądka pod wpływem kwasu żołądkowego zamienia się w methemoglobinę, przechodzącą dopiero pod wpływem związków sinu w czerwoną methemoglobinę sinowodową.

Czytamy zaś na stronie 8. a potem na 25. w rozprawie prof. Halbana, że denatce na krótki czas przed śmiercią wlano do ust w celach ratunku krople przez zaprzysięgłych chemików sądowych jako krople wawrzynośliwowe rozpoznane. Wiemy zaś, że krople te zawierają związki sinowe, jakoteż że zamieniają methemoglobinę w czerwoną methemgl. sinowodową, jak to już Kobert wykazał a ja [3]) miałem sposobność przedstawić na VI- zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie w sekcyi sądowo-lekarskiej. A zatem zdaje się, że nie ulega najmniejszej wątpliwości, że charakterystyczne czerwone zabarwienie błony śluzowej żołądka było zwykłem zjawiskiem pośmiertnem, wywołanem obecnością związku sinowego, zadanego na schyłku życia. Niewinnie obwinionego męża zmarłej uwolniło jedynie tylko bystre i umiejętne orzeczenie Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel. od ciężkiej i niezasłużonej kary.

Wreszcie dodają w swych uwagach Tardieu i Roussin, iż powodem fatalnych omyłek w orzeczeniu może się stać znalezienie trucizny w zwłokach balsamowanych. Wiemy przecież, że w celach uchronienia zwłok od zgnilizny, używa

[1]) [2]) Strassmann l. c.

[3]) Kobert. Lehrbuch der Intoxicationen. 1893. str. 83.

[4]) [5]) Strassmann l. c.

[6]) Caspers prakt. Handbuch d. gerichtl. Medicin neu bearbeitet von Liman. l. c.

[7]) Casper. Liman l. c.

[8]) l. c.

[9]) Die Vergiftungen von Tardieu und Roussin. Erlangen. 1868.

[1]) Orzeczenia Wydz. lek. Serya II. Śmierć zagadkowa śp. Roberty M. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna. *Przegląd lek.* 1886. Nr. 1—7.

[2]) Prof. Kobert: Ueber Cyanmethaemoglobin. Stuttgart. 1891 i Lehrbuch der Intoxicationen von prof. Kobert. Stuttgart. 1893.

[3]) Z zakładu medycyny sądowej w Uniw. Jag. Sposoby wykrycia związków sinu i t. d. podał Dr. Wachholz. *Przegląd lek.* 1891.

się do nastrzykiwania różnych trujących płynów, jak n. p. sublimatu i t. d. To też Reese[1]) zwraca słusznie uwagę na tę okoliczność na zasadzie własnego doświadczenia i twierdzi, że wykrycie arszeniku lub sublimatu w zwłokach osób otrutych temi przetworami a następnie niemi balsamowanych, jest niemożebnem. Przypadek odpowiedni ogłosił Prescot z Nantes w r. 1883[2]). Obwiniony o otrucie własnej żony mąż oświadczył znawcom, iż ich poszukiwania arszeniku muszą być pomyślnym skutkiem uwieńczone, ponieważ on wlał do żołądka i odbytnicy żonie swej zaraz po śmierci rozczyn arszeniku w celu powstrzymania zgnilizny.

Kobert[3]) zastanawiając się nad możebnością symulacyi otrucia, powiada: „może się wydarzyć, że ktoś umiera z otrucia a morderca jego, starając się nadać morderstwu pozór samobójstwa, zwłoki n. p. wiesza, albo też odwrotnie, morderca wlewa truciznę zwłokom osoby w inny sposób, n. p. przez uduszenie gwałtowne pozbawionej życia a to celem wzbudzenia pozoru samobójstwa".

Że przypuszczenia powyższe Koberta mają wartość nie tylko teoretyczną, dowodzą tego dwa przypadki, jakie w jednym i tym samym roku się wydarzyły, podane przez Doriena[4]) i Walthera[5]). Uwzględniwszy wszystkie te dotąd przywiedzione okoliczności należy się w zupełności zgodzić ze Strassmannem, że badanie zjawisk dyfuzyi trucizn w ludzkich zwłokach zdoła dać znawcy sądowemu nieraz możność rozstrzygnięcia, czy trucizna za życia lub też po śmierci wniknęła do danego ustroju.

Za cel doświadczeń swoich, podjętych wspólnie z Haberdą, postawiłem sobie po pierwsze zapoznać się bliżej ze zjawiskiem przenikania, po drugie przekonać się, czy zjawisko to zależy od postępu zgnilizny i w jakim stopniu, po trzecie, czy kierunek przenikania zawisł od położenia zwłok.

Aby dojść do tych celów, rozdzielono doświadczenia na dwie grupy. Zwłoki pierwszej grupy przechowywano w zwykłej, pokojowej ciepłocie na tacach blaszanych przy wolnym dostępie powietrza, aby zgnilizna mogła swobodnie postępować; zwłoki drugiej grupy obwijano w płótno zwilżane codziennie rozczynem sublimatu i tak przechowywano w lodowni służącej do składania zwłok przeznaczonych do sekcyi. Za materyał do doświadczeń służyły zwłoki bądźto noworodków zmarłych w zakładzie położniczym lub nieżywo na świat przyszłych, bądź też zwłoki osesków zmarłych w domu podrzutków. Za obfity materyał, łaskawie mi przez prof. Koliskę udzielony, składam mu na tem miejscu szczere podziękowanie.

Cięciem poprowadzonem po lewej stronie szyi począwszy od chrzątki pierścieniowej krtani aż do górnego brzegu mostka między tchawicą a mięśniem mostko-obojczyko-sutkowym, jednak nieco bliżej tchawicy, odsłaniano gardziel (*oesophagus*), podkładano podeń mocną przewiązkę jak najniżej i otwierano przednią jego ścianę; teraz wprowadzano miękki cewnik aż do żołądka, żołądek przepłukiwano wodą przekroploną a następnie wlewano rozczyn trucizny lub barwika, aż się wypukliła mocno ściana brzuszna w lewem podżebrzu, poczem ostrożnie usuwano cewnik i przewiązywano gardziel. Ranę szyjną zespajano starannie szwem kuśnierskim.

[1]) Strassmann l. c.
[2]) Gaz. médicale de Nantes. 1883.
[3]) Kobert. Lehrbuch der Intoxicationen. Str. 83.
[4]) [5]) Caspers Vierteljschr. f. ger. Med. Bd. XXII. 1862.

Do doświadczeń używałem roztworu zgęszczonego siarkanu miedziowego i chloranu potasowego, 10% roztworu sublimatu, zacieru z główek zapałek fosforowych, wreszcie zgęszczonych roztworów kwaśnego lakmusu i błękitu metylenowego.

Rozczyn zgęszczony siarkanu miedziowego przenikał ściany brzuszne w okolicy podżebrza lewego już po upływie 24 godzin od wprowadzenia go do żołądka. W trzecim dniu imbibicya rozczynem tym była tak znaczną, iż cała otrzewna, prawie wszystkie pętle jelit, dolna powierzchnia lewego (mocniej) i prawego (słabiej) płatu wątroby, śledziona, lewa połowa przepony, przednia powierzchnia lewej nerki, szczyt prawej, dolne lewe chrząstki żebrowe, dolna powierzchnia i na 1 cm. w głąb miąższ dolnego płatu lewego płuca były mocno szaro-niebiesko zabarwione. W jamie otrzewnowej i jelitach znajdywał się płyn, chemicznie jako siarkan miedziowy rozpoznany. Obie wnęki płuc, toż samo i tylne ściany przedsionków serca, gardziel i tkanka przykręgowa były również szaro-niebiesko zabarwione.

Rozczyn 10% sublimatu przenikał ścianę podżebrza lewego również w godzin 24, wywołując zabarwienie szaro-białe skóry, które w ciągu następnych dni nieznacznie tylko się rozszerzało, ale natomiast stawało się wybitniejszem z powodu, iż reszta powłok silnej ulegała zgniliźnie. W zwłokach, które leżały poziomo grzbietem na tacy w ciepłocie pokojowej, okazywał się żołądek po upływie 7 dni w całości charakterystycznie szaro-zabarwionym[1]); podobnie dolna powierzchnia lewego płatu wątroby, lewa połowa przepony z obu stron, dolna powierzchnia dolnego płatu płuca lewego, tylna ściana lewej komórki serca, część okrężnicy i dwunastnicy położone koło żołądka, śledziona i szczyt nerki lewej. Ponadto przedstawiały te narządy a mianowicie brzeg lewy wątroby na 1 cm. w głąb, żołądek i śledziona, większą zbitość, były kruche i jakby garbowane. Płyn przesączynowy z jamy brzusznej, jakoteż płyn wyciśnięty z dolnego płatu lewego płuca okazywał w przyrządzie widmowym słabą smugę methemoglobinową.

Inne zwłoki, których żołądek wypełniono również 10% rozczynem sublimatu, zawieszano w ten sposób, iż głowa zajmowała najniższe miejsce. Już w 24 godzin można było dostrzedz więcej na łuku, niż pod łukiem żebrowym lewym szare zabarwienie, uwidoczniające się z biegiem czasu coraz bardziej z powodu raźnego postępu zgnilizny. Dziewiątego dnia znaleziono żołądek całkiem próżny, szaro-biało zabarwiony, jakby garbowany, również dolną powierzchnię lewego płatu wątroby, szczyt lewej nerki, część przyżołądkową okrężnicy, lewą połowę przepony i cały dolny płat lewego płuca, który był różowym i świeżym w przeciwieństwie do górnego płatu, mocno już zgnilizną dotkniętego.

Doświadczenia z chloranem potasowym wykazały również łatwą dyfuzyę, która się objawiła już po upływie 48 godzin zabarwieniem czekoladowem ścian podżebrza lewego. Ze zmian w narządach wewnętrznych wypada zaznaczyć, iż krew wyciśnięta z dolnego płatu lewego płuca, które wydobyto 5. dnia po wprowadzeniu chloranu potasu do żołądka, przedstawiała płyn podobny zabarwieniem do mlecznej kawy, okazujący w przyrządzie widmowym wyraźną smugę me-

[1]) Orfila l. c.

themoglobinową w przeciwieństwie do krwi wyciśniętej z górnego płatu, zabarwionej różowo, zawierającej OHb.

Doświadczenia z zacierem fosforowym dały po upływie dni 5 wynik ujemny, tak bowiem w obu płatach wątroby z osobna, jakoteż w dolnym i górnym płacie płuca lewego, śledzionie i nerce lewej nie wykazano ani fosforu ani kwasu fosforawego sposobem Dusarta-Blondlota. Natomiast próbą Mitscherlicha wykazano z łatwością w treści żołądka fosfor. Dłużej nad 5 dni nie można było przechowywać zwłok w zwykłej ciepłocie, gdyż postęp zgnilizny był nadzwyczaj rażnym z powodu upałów. Doświadczenia te jednak wykazały, że fosfor o wiele trudniej od rozczynów soli przenika tkanki organiczne.

Szereg doświadczeń wykonany przy pomocy rozczynu kwaśnego lakmusu wykazał, iż barwik ten przenika tkanki wolniej, niż rozczyny soli. Wykazał nadto, iż przenikanie bez względu na to, czy zwłoki ulegały gniciu łatwo, czy też je od zgnilizny o ile można ochraniano, odbywało się w jednakiej mierze, zajmując najpierw narządy te położone najbliżej koło żołądka a potem i dalsze. Zwłoki przechowywano w różnem ułożeniu; i tak: jedne spoczywały grzbietem poziomo, inne uwieszone głową ku dołowi, inne wreszcie poziomo, prawą połową ciała ku dołowi.

W ten sam sposób wykonano szereg doświadczeń zgęszczonym roztworem błękitu metylenowego. Największe nasiąknięcie barwikiem znajdywano w narządach najniżej położonych. To też w zwłokach ułożonych poziomo na grzbiecie była tylna ściana żołądka i narządy za nią najmocniej zabarwione, w zwłokach zawieszonych głową w dół, była okolica krzywizny małej, gardziel, lewa połowa przepony i dolna powierzchnia płuc mocno zabarwione, w zwłokach zawieszonych głową ku górze była najmocniej zabarwioną okolica krzywizny wielkiej, nerka lewa, pętle jelit cienkich, ściany brzuszne po stronie lewej ku pępkowi; w zwłokach prawą połową ciała ku dołowi wiszących była prawa strona żołądka najmocniej zabarwiona a nadto znaleziono całą dolną powierzchnię obu płatów wątroby, szczyt nerki prawej, całą dolną powierzchnię przepony i powłoki brzuszne na prawo poza linię środkową barwikiem nasiąkłe; reszta narządów nie okazywała wcale imbibicyi. We wszystkich doświadczeniach, wyjąwszy doświadczenia z zacierem fosforowym, znajdywano żołądek w dniu 5. do 8. po wprowadzeniu roztworu opróżniony lub małą ilość płynu zawierający.

Ze wszystkich tych doświadczeń wypadły następujące wnioski:

1) Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż tak rozczyny soli trujących jak i barwików przenikają ściany żołądka zwłok i wnikają w sąsiednie narządy.

2) Przenikanie to odbywa się zwolna i stopniowo w miarę czasu.

3) Przenikanie zależy od czasu a szybkość jego jest różną i zawisłą od rodzaju rozczynu i stopnia wypełnienia żołądka.

Rozczyny soli przenikają prędzej niż rozczyny barwików, mianowicie czerwonego lakmusu i błękitu metylenowego. Najtrudniej i najpowolniej przenikają przetwory trudno lub wcale nie rozpuszczalne jak n. p. fosfor. Im mocniej żołądek jest wypełniony, tem łatwiej i prędzej odbywa się przenikanie.

4) W miarę przenikania opróżnia się żołądek i zawiera z czasem tylko nieznaczne ilości wprowadzonego przetworu.

5) Rozczyn do doświadczenia użyty przenika coraz dalsze narządy tak, że po upływie pewnego czasu napaja wszystkie narządy jamy brzusznej i klatki piersiowej.

6) Gnicie zdaje się, że nie przyspiesza przenikania rozczynów soli trujących i barwików w pierwszych dniach dziesięciu.

7) Kierunek największego przenikania i imbibicyi zależy od ułożenia zwłok po wprowadzeniu rozczynu do żołądka i zgadza się z kierunkiem siły ciężkości.

II. Osutki jodowe.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Z wyjątkiem jednego tylko przypadku przez Mc Guirea opisanego, we wszystkich pozostałych osutka wystąpiła w następstwie podawania wewnątrz jodku potasowego; u chorego zaś Mc Guirea powodem pojawienia się wyrzutów pęcherzycy było stósowanie jodanu amonowego. Osutka pęcherzycowa występowała zwykle już w kilka dni po zastósowaniu leczenia jodowego (3—7 dni); w wyjątkowych tylko przypadkach wyrzuty jodowe wcześniej się pojawiły; tak n. p. w przypadku Duhringa osutka wystąpiła już w 4 godziny po zażyciu 5 gramowej dawki jodku potasowego, w przypadku zaś Elliota objawy skórne pojawiły się też w kilka godzin po zadaniu jednej dawki leku; w przypadku Besniera mała ilość jodku potasowego podana choremu na noc, wywołała już następnego poranku wystąpienie osutki pęcherzycowej; rzadko zaś ostatnia pojawiała się dopiero po upływie kilku tygodni (w przypadku Hydego u 8-letniego dziecka). Najczęściej występuje osutka po zadaniu jednej lub kilku małych dawek jodku potasowego, rzadziej zaś dopiero po dłuższem podawaniu wielkich ilości jodu (w przypadku Morrowa); w niektórych przypadkach po pierwszych dawkach leku występowały rozrzucone, osobne krostki, znikające już po kilku dniach, następne jednak stósowanie przetworu jodowego wywoływało pojawienie się wyrzutów pęcherzycowych. Sadowiły się one zwykle na twarzy, szyi, głowie i górnych odnogach, rzadziej zaś siedzibą osutki był tułów i dolne odnogi; w przypadku O'Reillyego pęcherze powstały na skórze przedramienia w okolicy lewego obojczyka, napletka i w ustach; w przypadkach Lindsaya siedzibą osutki była twarz, tułów i górne odnogi; w przypadkach Morrowa i Mac Guirea osutka usadowiła się na twarzy, szyi, przedramionach i rękach i składała się z wielu, zlewających się brzegami pęcherzy i nacieków w skórze; w przypadku Wolffa, który zakończył się zejściem śmiertelnem wskutek przerostu serca i przewlekłego zapalenia nerek, pęcherze wystąpiły nietylko na skórze tułowia i odnóg, lecz usadowiły się też na sąsiednich błonach śluzowych języka, przełyku i nosa; w przypadkach spostrzeganych przez Hallopeau, Trapeznikowa i innych, wyrzuty rozsypane były po rozmaitych okolicach ciała. Pęcherze osutki jodowej wytwarzały się często z krostek lub grudek, co spostrzegano przeważnie na twarzy; na tułowiu zaś i odnogach pojawienie się osutki rozpoczynało się od powstawania ściśle ograniczonych czerwonych plam, które

wkrótce przeobrażały się w wyniosłe nacieki i guzy; dopiero na powierzchni ostatnich wytwarzały się narośle brodawczate i pęcherze, co nadawało osutce wielkie podobieństwo do pęcherzycy rozrosłej, brodawczatej (*pemphigus vegetans*), jak to było w przypadkach opisanych przez Hallopeaua i Trapeznikowa; zwykle jednak dno pęcherza przedstawiało ogołoconą z przyskórka i zaczerwienioną powierzchnię górnej warstwy skóry, rzedziej zaś ostatnia ulegała owrzodzeniu powierzchownemu; treść pęcherzy podsychając wytwarzała strupy, pod którémi goiły się wrzody, pozostawiając następnie po sobie zabarwione blizny; w przypadkach łagodniejszej i krótko trwającej osutki pęcherzycowej cała sprawa chorobowa ogranicza się do powierzchownego zapalenia skóry z wytworzeniem pęcherzy wypełnionych cieczą surowiczą; pęcherze wkrótce pękały, treść zaś ich zasychała, tworząc cienkie łuski na powierzchni wykwitów; po złuszczeniu się ostatnich pozostawały plamy ciemnoczerwone, które wkrótce żółkły i wreszcie znikały, nie pozostawiając po sobie śladu. Pęcherzycowe wyrzuty, powstające wskutek zadawania wewnętrznego przetworów jodowych, występowały w rozmaitych okresach wieku i u osób rozmaitej płci. Zaznaczyć też należy, iż w wielu przypadkach pęcherzycy jodowej cierpienie skórne poprzedzonem było lub wikłało się jednocześnie z rozmaitemi, najczęściej przewlekłemi sprawami chorobowemi serca, wielkich naczyń krwionośnych, nerek, wątroby i t. p.

Zazwyczaj osutka pęcherzycowa ustępowała w kilka dni po zaprzestaniu leczenia jodowego; rzadziej zaś trwała przez długi czas pomimo zaprzestania przetworów jodowych (przypadek Bergha i Morrowa). Groźnych dla chorego następstw osutka wymieniona nie przedstawia zwykle, niekiedy jednak w groźniejszych przypadkach może wywołać niemiłe i poważne następstwa; w przypadku n. p. O'Reillyego nastąpiła zgorzel skóry napletka i następnie żołędzi; odmiana pęcherzycy jodowej, znamionująca się owrzodzeniem i powstawaniem narośli na powierzchni wykwitów, pozostawia po sobie przykre następstwa w postaci długotrwających plam i blizn. Nadto cierpienie skóry występowało w niektórych przypadkach u osób, dotkniętych przewlekłemi zboczeniami i głębokiemi zmianami w sercu, nerkach i innych ważnych organach, wskutek czego następowało zejście śmiertelne, do którego w części przynajmniej musiała przyczynić się rozległa osutka pęcherzycowa; chory Thina zmarł na 9-ty dzień w skutek choroby sercowej, Hallopeau i Pellizzari stracili swych chorych z powodu wady organicznej serca, powikłanej nadto przewlekłem zwyrodnieniem nerek; przyczyną śmierci chorej Wolffa było cierpienie nerkowe i przerost serca, w przypadku Morrowa śmierć nastąpiła w skutek daleko posuniętego cierpienia serca i naczyń, obok zwyrodnienia nerek; chora zaś Bergha dopiero w kilka miesięcy po ustąpieniu osutki zmarła w skutek śródmiąższowego schorzenia nerek.

Obok opisanej wyżej pęcherzycowej postaci osutki jodowej, spostrzegano dość często rozmaite inne odmiany schorzenia jodowego skóry; częściej od innych postaci napotykano wyrzuty krwotoczne, podobne do plamicy krwotocznej (*purpura haemorrhagica*); po raz pierwszy spostrzegał pojawianie się na skórze plam krwotocznych w następstwie podawania wewnątrz jodku potasowego Culler[1]); przez

[1]) Behrends Syphilidologie. 1839. I. str. 113.

długi jednak czas nie przybywały nowe spostrzeżenia w tej mierze, dopiero w r. 1871 Broadburg[1]) opisał przypadek plamicy krwotocznej, powstałej w skutek stósowania wewnątrz jodku potasowego; osutka trwała krótko i wnet po zaprzestaniu leku znikła. Późniejsze spostrzeżenia Fourniera[2]) tyczyły się trzech osób, u których podawanie wewnętrznie jodku potasowego wywołało w następstwie pojawienie się na skórze w rozmaitych okolicach ciała wielu drobnych purpurowo-fiołkowych plamek, nie znikających pod uciskiem palca; osutka najczęściej sadowiła się na goleniach i trwała dość długo, bo od dwóch do trzech tygodni. Przypadki plamicy krwotocznej, powstałej w skutek zadawania jodku potasowego, ogłosili też wkrótce Mora[3]), Abbe[4]) i Mackenzie[5]); w przypadku Mackenziego u dziecka, dotkniętego kiłą wrodzoną, ktoremu zadano wewnętrznie $2^1/_2$ granów jodku potasowego, już po upływie 45 minut po zażyciu leku obrzękła i posiniała twarz, wkrótce potem na skórze twarzy i rąk dostrzeżono liczne, rozrzucone, drobne plamki krwotoczne, obrzęk twarzy postępował dalej i po kilkunastu zaledwo godzinach skóra na twarzy uległa zgorzeli i dziecko zmarło w 68 godzin po zadaniu leku. Obdukcya wykazała wrzody kiłowe w jelitach, innych zaś poważnych zmian w ustroju nie dostrzeżono. Następne przypadki plamicy krwotocznej jodowej spostrzegali Fox[6]) i Duffey[7]); przypadek Foxa jest ciekawy ze względu na bardzo małą ilość jodku potasowego, bo zaledwie 10 granów wynoszącą, która wywołała u 30-letniego wyrobnika pojawienie się osutki krwotocznej na dolnych odnogach usadowionej; osutka wnet po zaniechaniu jodku potasowego znikła, lecz powróciła po zadaniu jodku potasowego i amonowego. Najnowsze przypadki w tej mierze ogłosili: Vidal[8]), Silcock[9]), Janowski[10]), Mc. Call Anderson[11]), Haslund[12]), Jenning[13]), Besnier[14]), Raymond[15]), Wilson[16]), Taylor[17]), Lemoine[18]) i Höning[19]).

W przypadkach Janowskiego, Besniera i Raymonda osutka zajmowała górne i dolne odnogi i powracała wnet za każdym razem po podaniu wewnętrznem jodku potasowego. W ogólności zaś osutka plamicy krwotocznej jodowej sadowiła się zwykle na rękach i nogach, trwała krótko i znikała wnet po zaprzestaniu leczenia jodowego. Wyjątek pod

[1]) British medical Journal. 1871. I. 4. str. 120.
[2]) Gazette des hôpitaux. 1877; Rév. mens. de médec. et chir. 1877. str. 653.
[3]) Courrier médical. 1878. XXVIII. str. 221—224.
[4]) Arch. of Dermatology. 1878. IV. 2. str. 131—133.
[5]) Medic. Times and Gazette. 1879. I. str. 279, 501.
[6]) British medical Journal. 1879. I. str. 813.
[7]) Dublin medical Journal. 1880. Aprile, str. 273, 323.
[8]) Journ. of cutan. diseases. 1886. 3. str. 81—82.
[9]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1886. 3. str. 121.
[10]) Tamże. 1886. 10 str. 447.
[11]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1892. XIV. str. 266.
[12]) Hospitals-Tidende 1887. 7; Monatsh. f. pr. Dermatol. 1888. 10. str. 475—476.
[13]) Journal of cutan. and genito-urinary diseases. 1888. 5. str. 175.
[14]) Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. 1889 str. 445.
[15]) France médicale. 1889. 31 Mars.
[16]) British medical Journal. 1889. 1470.
[17]) Philad. medic. and Surgic. Reporter. 1890. LXIII. 10 str. 283—284.
[18]) Bulletin médical du Nord. 1892. str. 153.
[19]) New-Yorker medicinische Monatschrift 1892. 2 str. 59—60.

tym względem stanowią przypadki, opisane przez Mc. Call Andersona i Höninga. Przypadek Mc. Call Andersona zakończył się śmiercią wśród objawów ogólnych zatrucia jodem i rozległej plamicy krwotocznej; przypadek zaś Höninga tyczył się 64-letniego mężczyzny, u którego z powodu podejrzanego wrzodu górnej wargi i obrzmienia niebolesnego sąsiednich gruczołów limfatycznych stósowano wewnętrznie jodek potasowy; po upływie 20 dni, w ciągu których wyżył 40 gramów leku, wystąpiła na twarzy, głowie, szyi, tułowiu i odnogach (nie wyłączając nawet dłoni), osutka, złożona z licznych, gęsto na skórze rozsianych, wyniosłych plam krwotocznych; objawy skórne, którym towarzyszyły bóle głowy i gorączka, trwały przez kilka tygodni po zaniechaniu leczenia jodowego, wreszcie znikły, pozostawiwszy po sobie brunatne plamki. Umiejscowiony na wardze wrzód okazał się nowotworem złośliwym (*epithelioma*), został więc wycięty; o stanie nerek żadnych szczegółów w artykule Höninga nie znajdujemy. W spostrzeganym przez Jenninga przypadku plamy krwotoczne pojawiły się wskutek 6-tygodniowego zażywania jodoformu; osutka usadowioną była na dolnych odnogach i towarzyszyły jej bóle gośćcowe w większych stawach.

Między innemi postaciami osutki jodowej, zasługują też na wyszczególnienie wyrzuty bąblicowe, pokrzywczane (*urticaria*), kilkakrotnie już spostrzegane po zażywaniu prawidłowem przetworów jodowych (Lloyd[1]), Pellizzari[2]), Taylor[3]), Gémy[4]), następnie zaś wystąpienie na skórze osutki złożonej z nacieków, przypominających wielce wykwity rumienia węzłowatego (*eryth. nodosum*): odnośny przypadek opisał był już dawniej Rugg[5]); tyczył się on 50-letniej kobiety, u której po 3-dniowem zażywaniu wewnętrznem po gramie jodku potasowego pojawiły się duże czerwone bąble i guzy, z początku na górnych odnogach, następnie zaś i w innych okolicach skóry; wyrzuty zaczęły łuszczyć się i ustąpiły dopiero po upływie dwóch tygodni. Późniejsze spostrzeżenia tyczące się przypadków rumienia węzłowatego powstałego wskutek leczenia jodem, ogłosili: Talamon[6]), Hutchinson[7]), Kämpfer[8]) i Perrin[9]); w przypadku opisanym przez Kämpfera osutka jodowa odznaczała się powstawaniem na skórze w rozmaitych okolicach ciała licznych, wyniosłych bąbli i guzów, wielkości dużej miedzianej monety; osutka znikła wkrótce po zaprzestaniu leczenia jodowego; w innych zaś przypadkach siedzibą wyrzutów rumieniowych były przeważnie odnogi.

Duckworth[10]) opisał osutkę jodową, której wykwity przypominały wyprysk (*eczema*), gdyż składały się z gromadek drobnych pęcherzyków i krostek, otoczonych zaczerwienioną skórą; Gémy zaś spostrzegał wielopostaciowe wyrzuty osutki jodowej w postaci rozsypanych po rękach, ramionach i tułowiu nacieków rumieniowych skórnych, otoczonych gdzieniegdzie gromadkami krostek.

[1]) British medical Journal. 1881. I. str. 804.
[2]) Annales de dermatol. et de syphiligraphie. 1885. strona 539.
[3]) Journal of cutan. diseases. 1886. 11 str. 341.
[4]) Annales de dermatol. et de syphiligraphie 1891. 8/9. str. 646—647.
[5]) Lancet 1879. Juni 14.
[6]) France médicale. 1884. 7. 8. str. 79 i 90.
[7]) Jon. Hutchinson. Syphilis. London. 1887. str. 304.
[8]) Centralbl. f. klinische Medicin. 1890. 6.
[9]) Marseille médicale. 1892. XXIX. Septemb. str. 567 do 574.
[10]) Medical Times and Gazette. 1878. 7 Decemb. l. c. p. 643.

W ciekawej rozprawie, omawiającej uboczne działanie przetworów jodowych, przytacza Ducrey[1]) 6 przypadków osutki powstałych w następstwie zażywania rozmaitych przetworów jodowych (jodek potasowy, sodowy i amonowy, nalewka jodowa); u trzech chorych, z których jeden zażywał jodek sodowy, drugi jodek amonowy, trzeciemu zaś podawano wewnętrznie nalewkę jodową, spostrzegał Ducrey wystąpienie osutki wielopostaciowej, złożonej z plam krwotocznych i czerwonych, zapalnych guzów; w innym zaś szeregu przypadków, tyczących się trzech osób, z których jednej dawano wewnętrznie jodek sodowy, drugiej jodoform, trzeciej zaś jodek amonowy, wystąpiła u wszystkich trzech chorych osutka, cechująca się nagromadzeniem w rozmaitych okolicach ciała krostkowych wyrzutów, które rozrastając się, tworzyły następnie większe wykwity, pokryte strupami; niektóre z wyrzutów uległy owrzodzeniu i pozostawiły po sobie blizny.

Do szeregu przypadków osutki jodowej, przypominającej z wejrzenia rumień wielopostaciowy, zaliczyć można też spostrzegany przez Holstena[2]) i tyczący się 16-miesięcznego dziecka, u którego wskutek podawania w ciągu 10 dni jodku potasowego (po zażyciu 5—6 gramów leku), wystąpiły na powierzchni całego ciała rozrzucone wyrzuty, złożone z rozmaitej wielkości grudek i nacieków; osutka trwała dość długo. Przypadek Majewa[3]) tyczył się osoby kiłą nawiedzonej, u której wkrótce po zastósowaniu jodku potasowego, powstały na skórze liczne wyrzuty grudkowe (*eryth. papulatum*). W przypadku Duhringa[4]) następstwem podawania wewnątrz jodku potasowego było pojawienie się na czole dużego nacieku w postaci wyniosłej plamy, złożonej ze skupionych, licznych, drobnych krostek i przedstawiającej w środku widoczne zagłębienie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Przegląd chirurgiczny. Pismo poświęcone chirurgii, oftalmologii, otyatryi, laryngologii, akuszeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii, redagowane i wydawane przez Dra W. Krajewskiego. Tom I. Zeszyt I. (Z 2 tablicami i 9 drzeworytami w tekście. Warszawa 1893. Duża 8-ka, str. 16. XXI. 145. 28.

Od dawna w literaturze naszej czuć się dawał brak czasopisma przeznaczonego wyłącznie na pomieszczenie prac specyalnych większych rozmiarów, opartych na własnem doświadczeniu autorów, zebranem czy to przy łóżku chorego czy też przy stoliku laboratoryjnym, obchodzących prawie jedynie tylko specyalistów a nie przedstawiających zazwyczaj w całej swej rozciągłości dla lekarzy praktycznych zajęcia. Prace tego rodzaju, jako nie kwalifikujące się

[1]) Rivista internaz. di medicina e chirurgia. 1886. 11/12. str. 647—656, 695—709.
[2]) New-York medical Journal. 1892. I. 17. str. 422—427.
[3]) Wracz. 1890. 13. str. 313.
[4]) Philad. medical and surgical Reporter. 1879. 13 Dec.

do tygodników naszych, częstokroć w języku polskim pojawiały się tylko w wyciągach, *in extenso* zaś trzeba je było drukować w obcych archiwach, miesięcznikach i kwartalnikach.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego jako pismo ogólno lekarskie również nie mógł w całości usunąć tego braku. Potrzeba specyalnych archiwów polskich stawała się coraz wyraźniejszą w miarę rozwoju poszczególnych gałęzi sztuki naszej i zwiększającej się liczby jej adeptów, pracujących w działach specyalnych, którzy piórem starają się przyczynić do dźwignięcia nauki. To też Redakcyi *Przeglądu chirurgicznego*, którego pierwszy zeszyt mamy przed sobą, z całego serca przyklasnąć musimy, że starała się zaradzić choć w części temu ogólnie odczutemu brakowi. Wydawnictwo to poświęcone jest wyłącznie: „medycynie zewnętrznej, a więc: chirurgii w najobszerniejszym zakresie, jako też: otyatryi, laryngologii, oftalmologii, akuszeryi, ginekologii, syfilidologii i dermatologii, rodzonym jej siostrzycom“. Wprawdzie wobec tego programu nie służy i to pismo wyłącznie jednej tylko specyalności, lecz staje w usługach całego wielkiego działu medycyny, ale bo też na razie inaczej u nas być nie może: wobec szczupłej liczby specyalistów wydawanie specyalnych archiwów polskich n. p. dla laryngologii, syfilidologii i t. p. gotowo natrafić na nieprzezwyciężone trudności materyalne. Zadaniem zaś piśmiennictwa naszego winno być staranie się o wydawnictwa, które zarówno ze względu na swoją treść, jak i na liczbę czytelników mają byt zapewniony.

Jeżeli uważamy za bardzo szczęśliwą myśl stworzenia przytułku, w którymby wszyscy lekarze Polacy, pracujący w zakresie medycyny zewnętrznej, swe prace umieszczać mogli, to co najmniej i równie udatnym musimy nazwać drugi pomysł przez Redakcyą w czyn wprowadzony, t. j. podawanie wyciągów francuskich z prac chirurgicznych polskich, przezco owoce literatury naszej stają się dostępnemi i dla świata niepolskiego. Na wstępie każdego zeszytu znajdzie czytelnik o b s z e r n e s t r e s z c z e n i a francuskie prac oryginalnych w *Przeglądzie* pomieszczonych; tak więc z pracy z chwilą ukazania się jej w języku polskim może korzystać od razu cały świat cywilizowany, co oprócz korzyści naukowej przyczyni się niezawodnie do podniesienia opinii o naszej działalności naukowej i zapobiegnie niejednokrotnie przykrym sporom o pierwszeństwo wynikającym wręcz z nieznajomości i niedostępności naszej literatury dla obcych. Na końcu zeszytu znów k r ó t s z e nieco, ale zawsze j a s n e i z r o z u m i a l e referaty francuskie z prac tyczących się medycyny zewnętrznej pomieszczonych we wszystkich ostatnich numerach i zeszytach czasopism polskich.

Pierwszy zeszyt, poświęcony Drowi Władysławowi M a t l a k o w s k i e m u „jednemu z najpłodniejszych i najzasłużeńszych popularyzatorów chirurgii nowoczesnej w naszej literaturze medycznej“ przedstawia się jako okazała książka o 11 arkuszach in 8-o. Po przedmowie na 21 stronnicach streszczenia, dalej szereg nader pięknych i cennych artykułów, pisanych wzorowym językiem, pióra Dra D u n i n a, J a w d y ń s k i e g o, K a r c z e w s k i e g o, C i e c h o m s k i e g o, J a s i ń s k i e g o, K o r z e n i o w s k i e g o, K a m o c k i e g o i K r a j e w s k i e g o a na zakończenie znów referaty na 28 stronach. Podczas przeglądania tej pięknej książki wydanej i wyposażonej nader starannie mimo woli wyrywa się życzenie, żeby tych i im podobnych książek było jak najwięcej. Ale też pod tym względem imię naczelnego redaktora, znanego z swej energii i prac naukowych, Dra K r a j e w s k i e g o i pokaźny zastęp poważnych, w literaturze już zaszczytnie znanych współpracowników daje dostateczną gwarancyę, że piękne to dzieło, podjęte z młodzieńczym zapałem dalej się będzie rozwijało, przynosząc cześć i chlubę naszemu piśmiennictwu. Redakcya *Przeglądu Lekarskiego* z swej strony najmłodszej swej siostrzycy z całego serca życzy: *Szczęść Boże!* *Trzebicky.*

Chirurgia.

E. R o t t e r: O złamaniach kostek.

Autor słusznie podnosi, iż wyniki leczenia złamań kostek zazwyczaj mało zadawalniają tak, że często po wyleczeniu przypadków niepowikłanych pozostają zboczenia czynnościowe. Przyczyny tego również słusznie w tem upatruje, iż wskutek niezaprzeczonych trudności rozpoznawczych nie stósuje się leczenia odpowiedniego, po części zaś, iż trudno utrafić środek, aby zbyt długo nie ustalać i nie uruchomiać kończyny a z drugiej strony nie zezwolić na zawczesne chodzenie.

Złamania kostek (*Malleolarfracturen*) powstają wskutek upadnięcia na brzeg stopy tak, że ciężar ciała nie pada na podeszwę, tylko na brzeg stopy albo najbliższe sąsiedztwo, przyczem często powstaje i zwichnięcie, alboteż wskutek nadmiernego gwałtownego skręcenia stopy około osi podłużnej podudzia, wreszcie wskutek przechylenia się ciała na bok podczas ustalenia stopy, n. p. pomiędzy belkami. Oprócz tych złamań bezpośrednich powstają i pośrednie wskutek przejechania, urazu itd.

Rozpoznanie przypadków niepowikłanych sprawia niewprawnemu lekarzowi trudności, bo je snadnie, n. p. za proste stłuczenie uważać może i dziwić się potem będzie, że chory jeszcze po kilku tygodniach chodzić nie zdoła. Na wywiady przy tych złamaniach nie można się wcale spuścić; autor przeto zwraca uwagę na następujące okoliczności rozpoznawcze, które dla praktycznej doniosłości streszczam, jakkolwiek specyalista niczego nowego się nie dowie. Chory po urazie zazwyczaj na dotkniętej stopie stanąć nie może z powodu znacznej bolesności. Przesuwając palcem w okolicach kostek sprawiamy w pewnym ograniczonym punkcie silny ból, który ustaje nagle, jeżeli palec miejsce to minie. W razie gdybyśmy kilka takich miejsc znaleźli, nie trudno rozpoznać kilkakrotne złamanie. Ból w tem miejscu powstaje również wtedy, jeżeli w miejscu oddalonem n. p. w połowie podudzia kość goleniową do piszczelowej przysuniemy, ugniatając rękoma. Nagły ból powstaje również w pewnym punkcie przy zginaniu stopy. Zawsze prawie w złamaniu kostek widać zniekształcenie i to częściej po stronie zewnętrznej, aniżeli wewnętrznej, które za pociągnięciem stopy łatwo się usuwa, ale natychmiast napowrót powstaje. Zazwyczaj też wskutek wynaczynionek powstaje znaczne obrzmienie, jako też nadmierna ruchomość a niekiedy wyczuć można przesuwanie się kostki. Trzeszczenia (krepitacyi) zazwyczaj nie ma.

Pod względem rokowania zastanawia mnie u autora korzystna ocena złamań powikłanych. Przyznam się, iż pomimo antyseptyki miałem przypadki śmiertelne, nawet po amputacyi wskazanej posocznicą. Może być, że autor widział tylko takie przypadki, w których chory odrazu miał umiejętną pomoc. U nas dzieje się inaczej. Rany opatruje zazwyczaj partacz rozmaitemi mazidłami w domu sporządzonemi a w ręce nasze dostaje się złamanie powikłane, już zakażone. Zdarza się również wtedy, gdy odrazu lekarza wzywają, iż już przedtem niepowołani ściągną but i zaczną tamować krwotok pajęczyną, a aptekarz o radę zapytany odrazu sypie półtora chlorek żelaza i t. d. Należy przeto w rokowaniu być bardzo oględnym i nie powtarzać za autorem, iż przypadki te prawie bez wyjątku dobrze przebiegają. Natomiast co się tyczy leczenia, w zupełności podzielam jego zdanie, iż ściśle przestrzegać należy prawideł antyseptyki i żeby nikt się nie kusił na opatrywanie aseptyczne.

Pod względem leczenia świeżych przypadków złamań niepowikłanych, kombinuje autor starodawne ustalenie z mięsieniem jakoteż ruchami biernemi. Najpierw zakłada opatrzenie ustalające, sięgające aż powyżej kolana nieco zgiętego, stopa zaś musi być pod kątem prostym do podudzia. Przytem zwraca baczną uwagę na dobrą asystę, żeby się odłamki nie przesunęły podczas zakładania opatrzenia ustalającego. U mnie takiego asystenta zastępuje ekstenzya przylepcowa, którą dopiero wtedy usuwam, gdy ponad nią założone opa-

trzenie krochmalne wyschnie dobrze. Autor jednakże z obawy zgorzeli nie zakłada opatrzenia gipsowego ani podobnego, tylko ustala kończynę na szynie, póki w ciągu tygodnia lub później nie ustąpi obrzmienie. Potem dopiero zakłada przyrząd gipsowy, który zmienia co tydzień, stósując za zmianą przyrządu mięsienie i ruchy bierne. Od czwartego tygodnia mięsi codziennie ustalając kończynę na jakiejkolwiek szynie. Chodzić pozwala dopiero po upływie pięciu tygodni. (*München. 1893. Verlag von I. E. Lehmann*). *Dr. Bogdanik.*

Choroby nerwowe.

Mann (z polikliniki uniwersyteckiej dla chorób nerwowych we Wrocławiu): **O zmniejszeniu się oporu przewodnictwa w głowie jako przypadzie nerwicy urazowej.**

Wobec wielkiej ważności praktycznej każdego przypadu czysto przedmiotowego w nerwicy urazowej zasługuje zdaniem autora na uwagę jego spostrzeżenie, że w przypadkach choroby, o której mowa, łączących się z przypadami ze strony głowy, jak bólem, zawrotem, szumem w uszach zmniejsza się opór przewodnictwa w głowie dla prądu galwanicznego.

Już Eulenburg wykazał, że opór przewodnictwa w głowie u ludzi zdrowych jest mniej więcej jednaki i stały a zmienia się w chorobach układu nerwowego, osobliwie czynnościowych.

Idąc za tem spróbował Mann u chorych z nerwicą urazową następującego sposobu dla przekonania się, czy zjawisko wykryte pierwotnie przez Eulenburga tyczy się także i nerwicy urazowej.

W tym celu przykładał dwie elektrody niepolaryzacyjne Martiusa o wymiarach 5 i 10 centymetrów do karku i czoła i łączył je z bateryą z trzech ogniw galwanicznych i galwanometrem poziomym Hirschmannowskim. Gdy igiełka na galwanometrze już się dalej nie posuwała, t. j. opór przewodnictwa zmniejszył się tak, jak tylko mógł, wyłączano badanego a natomiast włączano reostat i tym sposobem obliczano opór przewodnictwa w jednostkach Siemensowskich.

Otóż za pomocą tej metody przekonał się autor, że u ludzi zdrowych opór przewodnictwa w głowie dla prądu galwanicznego wynosi w razie zastósowania elektrod opisanych od 4000 do 6000 jednostek Siemensowskich, gdy w przypadkach nerwicy urazowej z objawami ze strony głowy wynosił tylko od 1500 do 2500 wymienionych jednostek. Powolne zmniejszenie się się oporu przewodnictwa okazało się także i w neurastenii z przypadami ze strony głowy, co jest dowodem, iż nie jest ono właściwem tylko nerwicy urazowej, lecz wyrazem i skutkiem innego czynnika a mianowicie przekrwienia mózgu, za czem przemawia i tak pospolite w nerwicy urazowej przekrwienie skóry na twarzy. Przekonał się też autor, iż i wdychanie azotynu amilowego (*Amylnitrit*) wywołując przekrwienie mózgu zmniejsza opór przewodnictwa w głowie.

Autor sądzi, że to zmniejszenie się przewodnictwa dla prądu galwanicznego w głowie może mieć znaczenie dla tych przypadków nerwicy urazowej, w których chodzi o przekonanie się, czy istnieją rzeczywiście dolegliwości ze strony głowy, jakie chorzy podają. Rozumie się, że wypadek dodatni badania prądem galwanicznym przemawia za istnieniem podawanych dolegliwości, ale nie odwrotnie. (*Berl. klin. Wochschr. 31. 1893*). *D.*

Notatki terapeutyczne.

Stawy bolesne w przebiegu ostrego gośćca stawowego zaleca się pomazywać kolodyonem ze salolem według formuły:

94) Rp. *Saloli*
Aetheris sulfurici
āā 4·00
Collodii 30·00
M. D. in vitro bene clauso.
S. Zewnętrznie.

Jako środek skuteczny przeciw swędzeniu skóry w odrze, płonicy i ospie wietrznej zaleca Dr. Klein w Berlinie lanolinę zarobioną z wazeliną i wodą na maść:

95) Rp. *Lanolini purissimi*
Liebreichi anhydrici 50·00
Vaselini americani 20·00
Aquae destil. 25·00
M. terendo.
F. unguentum.
S. Wcierać co 3 godziny.

Według doświadczeń i spostrzeżeń Biesenthala i Schmidta zaleca się bardzo piperacyna do leczenia zapalenia stawów dnawego (*arthritis uratica*), zadając ją przede wszystkiem wewnętrznie w ilości około grama na dzień, najlepiej w bardzo słabym roztworze z wodą zwyczajną lub sodową, wstrzykując podskórnie w guzy dnawe (*tophi arthritici*) w roztworze wodnym w stósunku 1 : 1 lub używając jej w postaci okładów Priessnitzowskich na też guzy w formie roztworu wodno-wyskokowego:

96) Rp. *Piperazini puri 1·00 (do 2·00)*
Spir. vini rectificati 20·00
Aquae destil. 80·00

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Prof. Rydygier dziękuje prof. Obalińskiemu za powyższy wykład, oparty na tak obfitym własnym materyale klinicznym i otwiera dyskusyę w tym przedmiocie.

Prof. Gluziński (z Krakowa) zwraca uwagę, że prof. Obaliński w wykładzie swym podaje dwa charakterystyczne objawy, mające służyć do wczesnego rozpoznania mechanicznej niedrożności jelit; objawy te nie zawsze występują jednak tak wcześnie, by wezwany do chorego lekarz mógł z nich rozpoznać cierpienie odrazu z łatwością. Występują one wyraźnie zazwyczaj dopiero po dwóch dniach a nawet czasami i później. W przypadkach niedrożności jelit wymioty nie przedstawiają w początkowych okresach choroby również nic charakterystycznego; z początku zawsze występują odruchowe wymioty, dopiero później, po paru dniach, brak wymiotów jest charakterystyczną cechą, na której może się oprzeć rozróżnienie choroby od innych. A więc trzeba czekać 2—3 dni na wytworzenie się tych objawów. Lekarz internista, wezwany do chorego z objawami niewyraźnemi a mogącymi być początkowymi objawami mechanicznej niedrożności jelit, musi myśleć o wielu innych chorobach rozpoczynających się w podobny sposób, n. p. kamicy żółciowej lub nerkowej; i w tych chorobach pewne rozpoznanie jest często możebnem dopiero po paru dniach a z góry wykluczyć ich nie można. Co się tyczy zapalenia okątniczego (*perityphlitis*), jest prof. Gluziński zdania, że najlepiej jest przystępować do operacyi w przypadkach tych w 4—5 dni po wystąpieniu cierpienia, t. j. wówczas, gdy już rozpocznie się ropienie. Jeżeli można rozpoznać przedziurawienie wyrostka robaczkowego u osób, które przedtem nie przechodziły chorób w okolicy kiszki ślepej, należy niezwłocznie przystąpić do laparotomii, gdyż w przeciwnym razie ogólne zapalenie otrzewnej sprowadza śmierć w 1—2 dni; jeżeli zaś przedziurawienie następuje do miejsca otorbionego, cierpienie pozostaje miejscowem i nie grozi bezpośrednio poważnem niebezpieczeństwem; w tych przypadkach niema więc potrzeby wykonywać natychmiast laparotomii.

Dr. Kryński (z Krakowa) prosi o wyjaśnienie w kwestyi podawania makowca w niedrożności jelit. W *ileus mechanicus* środek ten może być pomocnym, w *ileus* zaś *functionalis* może być wprost szkodliwym; stwierdził to Reichel zarówno klinicznie jakoteż i doświadczeniami.

Prof. Rydygier zgadza się wogóle z wywodami prof. Obalińskiego, jest jednak odmiennego zdania co do postępowania leczniczego w przypadkach zapalenia otrzewnej z przedziurawienia (*peritonitis perforativa*). Wszak wiadomo, że przypadki te kończą się zawsze śmiertelnie, jeżeli się ich jak najrychlej nie operuje; inne zejście jest możebnem jedynie w tych stósunkowo rzadkich przypadkach, gdy przedziurawienie następuje do miejsc otorbionych. Z drugiej strony znane są przypadki tego rodzaju, uratowane przez operacyę. Należy więc starać się o jak najrychlejsze rozpoznanie przedziurawienia jelita i w razie, jeśli to się stanie a niema szczegółowych przeciwwskazań, należy niezwłocznie przystąpić do operacyi. Następnie zwraca się prof. Rydygier do prof. Gluzińskiego z prośbą o bliższe wyszczególnienie tych chorób, które powinien mieć na myśli internista badający chorego z objawami niedrożności jelita w początkowych okresach choroby.

Prof. Gluziński odpowiada Drowi Kryńskiemu, że klinicznie stwierdzono i nie podlega to wątpliwości, że w *ileus paralyticus* najlepszym środkiem jest makowiec w dużych dawkach, bo on jeden sprowadza w przypadkach tych pożądaną solucyę. Dalej odpowiada prof. Gluziński prof. Rydygierowi, że podobne objawy, jakie mamy w początkowych okresach niedrożności jelit, występują często w kamicy żółciowej i nerkowej. W kolce nerkowej występują bóle w lędźwiach, wymioty, wzdęcie brzucha; środki przeczyszczające solucyi często nie sprowadzają. Umiejscowienie bólów w lędźwiach pod względem rozpoznawczym nic charakterystycznego nie przedstawia, gdyż bóle w lędźwiach występują również i w skręceniu zagięcia esowatego, prawdopodobnie wskutek zwinięcia się kreski. Często napad taki trwa 2 dni i dłużej a dopiero po ukończeniu napadu można sprawę rozpoznać dokładnie.

Dr. Schramm (ze Lwowa) przypomina, że do niedawna prof. Obaliński trzymał się tej zasady, że w każdym przypadku niedrożności jelita wykonywał laparotomię. Pomijając cztery przypadki zapalenia gruźliczego otrzewny, operacya wykazała, że w przypadkach tych zabieg chirurgiczny był potrzebnym. Dr. Schramm zapytuje się więc prof. Obalińskiego, czy w owych 110 przypadkach, operowanych bez ściślejszych wskazań, próbnie, nie napotkał takich, w których operacya okazała się niepotrzebną. Mowca zgadza się z prof. Gluzińskim, że w wielu przypadkach wewnętrznej okluzyi wczesne rozpoznanie, t. j. nawet po 24 godzinach, jest niemożebnem; są przypadki zwykłego zaparcia żywota, nie dające się odróżnić od zwężenia światła jelita. Ruch robaczkowy kiszek często występuje tylko w początkach choroby, poźniej objaw ten znika.

Dr. Wehr (ze Lwowa) zgadza się również na to, że w niektórych przypadkach niedrożności jelita wczesne rozpoznanie jest niemożebnem. W r. 1887 obserwował przypadek, w którym wystąpiły bóle w brzuchu i wymioty; nie było można sprawy dokładnie rozpoznać; po przepłukaniu żołądka wymioty ustąpiły na 12 godzin, po powtórnem przepłukaniu na 8 godzin. Wówczas wykonał laparotomię próbną i okazało się, że przyczyną niedrożności jelita był wielki kamień kałowy, który w kilku miejscach już był wywołał odleżynę ściany jelita. Dr. Wehr żałuje, że w przypadku tym nie przystąpił odrazu do laparotomii a tracił czas na przepłukiwanie żołądka. Ani wzdęcia brzucha, ani też ruchów przeciwrobaczkowych kiszek w przypadku tym wykazać nie mógł: wystąpiły tylko bóle, wymioty i brak stolca. Dalej pyta się Dr. Wehr prof. Obalińskiego, czy nie napotkał w szeregu swoich przypadków promienicy (*actinomycosis*) wyrostka robaczkowatego.

Prof. Mars (z Krakowa) uważa makowiec za najlepszy środek lekarski w przypadkach niedrożności jelita. — Zwraca dalej uwagę, że zwłaszcza u kobiet występują stósunkowo dosyć często bardzo znaczne obstypacye. W praktyce swojej ma dwie kobiety, które mają wyprożnienia mniej więcej dwa razy na miesiąc a ze 6—8, które oddają stolec raz na tydzień; takich kobiet, które oddają stolec co 3—4 dni, jest bardzo wiele. W podobnych przypadkach lekarz powinien dążyć do przekonania się, czy ma do czynienia z niedrożnością jelita poważniejszej natury, czy też ze sprawą mniej doniosłą. Jeżeli się ma najmniejsze podejrzenie, że dany przypadek trzeba zaliczyć do pierwszej kategoryi, należy odstąpić od wszelkich środków przeczyszczających a podawać makowiec w dużych dawkach. Prof. Mars obserwował w dwu przypadkach niedrożności jelita wzmożenie się ruchu robaczkowego; uznaje ważność tego objawu, lecz sądzi, że wymaga on jeszcze dalszych badań.

Prof. Jaworski (z Krakowa) zgadza się wogóle z zapatrywaniem prof. Gluzińskiego; i w innych jeszcze chorobach cierpienie rozpoczyna się wystąpieniem silnych bólów, wymiotów i zapadu, n. p. w t. zw. *crise gastrique*, cierpiących na wiąd rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*) i inne choroby rdzenia. Objawy te występują bardzo gwałtownie a dopiero po 2—3 dniach można wykazać naturę cierpienia. Prof. Jaworski nie uważa za poślednie jednak środków przeczyszczających tak, jak to czynią poprzedni mowcy. Środki te w wielu przypadkach niedrożności jelita w praktyce prof. Jaworskiego działały bardzo skutecznie a używał on przeważnie soli czyszczących.

Ciąg dalszy dyskusyi odłożono do następnego posiedzenia rannego.

II. posiedzenie dnia 11. lipca o godzinie 2. po południu.

III. Prof. Rydygier demonstruje kilka nowych narzędzi chirurgicznych:

1) piłkę Helfericha, odznaczającą się prostotą budowy a więc bardzo łatwą do oczyszczenia; trzyma się ona w rękojeści przez samą elastyczność łuku; ma zato tę wadę, że piłka daje się przymocować tylko w jednym kierunku;

2) strzykawki aseptyczne (fabrykanta Schmidta z Berlina) o tłoku metalowym;

3) nożyce do wycinania żeber Glucka;

4) kaniule tracheotomijne Büngnera godne polecenia z tego względu, że zarówno zewnętrzna jakoteż wewnętrzna rurka daje się oddzielnie wyjąć i oczyścić.

Dalej demonstruje prof. Rydygier model stołu operacyjnego własnego pomysłu; stół ten składa się z czterech ruchomych płyt metalowych, które się ustala w dowolnem położeniu za pomocą śruby a których położenie zmienia się w stawach, zbudowanych na wzór zamków w kleszczykach Péana. Na stole tym można ułożyć chorego w położeniu poziomem, z uniesioną głową lub plecami, uniesioną miednicą, w ułożeniu Trendelenburga i t. d.

IV. Dr. Krasowski (z Krakowa) przedstawia przyrząd Schedego do leczenia skoliozy. Przyrząd ten, zbudowany z glinu (*aluminium*), wprowadził do ortopedyi Schede przed dwoma laty. Autor przyrządu wychodził z tego założenia, że zanim się przystąpi do leczenia właściwego skrzywienia, należy usunąć skręcenie kręgosłupa. Skręcenie to leczy się w przyrządzie Schedego za pomocą odpowiednio nalepionych szerokich pasów plastra lepkiego, przymocowanych do drążka, od którego sznurek przechodzi przez blok, na tym zaś sznurku są zawieszone ciężarki, oraz za pomocą pelot uciskających klatkę piersiową w kilku miejscach. Miednica oraz barki są ustalone przez wysłane obręcze, dające dopasować się do wymiarów ciała; głowa jest uniesioną przez zwykły rzemienny aparacik, stósowany w dotychczasowych podobnych przyrządach, chorzy trzymają się rękami za rączki drewniane, umieszczone powyżej głowy na bocznych prętach przyrządu.

Dr. Krasowski demonstruje działanie przyrządu na chorym klinicznym.

Prof. Rydygier nadmienia, że przyrząd Schedego kwalifikuje się do leczenia skoliozy wyższego stopnia; przypomina on bardzo łóżko czyli maszynkę Huetera, której działanie polegało na ucisku klatki piersiowej za pomocą pelot. Przyrząd Schedego jest niejako ustawionem pionowo łóżkiem Huetera; genezy zaś przyrządu tego łatwo się domyśleć, wiedząc, że obecnie mieszka w Hamburgu bandażysta, który dawniej pracował w Gryfii i wykonywał przy-

rządy pomysłu Huetera. Przyrząd Schedego jest skomplikowany i drogi; kosztuje 290 marek a ustawienie w nim chorego zabiera wiele czasu. Prof. Rydygier sądzi, że masaż ręczny w większej połowie przypadków doprowadzi do wyników równie dobrych, jak przyrząd Schedego. Prof. Rydygier sam niema jeszcze doświadczenia co do działania wymienionego przyrządu; autor jego zapewnia jednak, że nawet zdesperowane przypadki skoliozy leczą się za pomocą niego w stósunkowo krótkim czasie.

V. Dr. Kryński (z Krakowa): W sprawie zakażenia z powietrza. Badanie powietrza pod względem bakteryologicznym nabrało znaczenia dla chirurgii od czasów Listera. Początkowo przypuszczano, że zakażenie rany następuje z powietrza; starano się więc ranę odpowiednio zabezpieczyć. Później przekonano się, że drobnoustroje przebywają w powietrzu tylko czasowo, gdyż znajdują one tam warunki nieprzychylne dla swego rozwoju, jako to temperaturę, światło, niedostateczną wilgoć i t. d.; stale zaś drobnoustroje przebywają w środowiskach organicznych. Ztąd w chirurgii miejsce t. zw. zakażenia z powietrza (*Luftinfection*) zajęło zakażenie przez zetknięcie, t. zw. *Contactinfection* a zmiana ta pociągnęła za sobą zmianę w postępowaniu chirurgicznem: zamiast zwalczać mikroby powietrzne, starano się niedopuszczać ich w pobliże rany — z antyseptyki wyrodziła się aseptyka. O nieszkodliwości powietrza przekonano się zaledwie od lat kilku; już dawniej jednak, jeszcze w czasach przedantyseptycznych, niektórzy chirurgowie fakt ten niejako przeczuwali (Burow). Gdy zamiast zakładania dawnych opatrunków, leczył amputowanych w ten sposób, że pozostawiał ranę zupełnie niezaopatrzoną, śmiertelność spadła z sześćdziesięciu kilku % do 7·5%. Obecnie używane opatrunki muszą odpowiadać dwom warunkom: ze względu na zakażenie przez dotykanie muszą być okluzywne, z drugiej zaś strony muszą być chemicznie obojętne. W swoim czasie bezwątpienia przesadzano obawę zakażenia z powietrza. Niektórzy wpadli w przeciwną ostateczność: Volkmann n. p. twierdził, że laparotomię można wykonać równie bezpiecznie w dobrze urządzonej sali operacyjnej, jak w miejscu ustępowem. Drobnoustroje mogą się przenieść przez powietrze z miejsca na miejsce tylko wówczas, jeżeli przedmioty, na których znajdują się, są zupełnie suche.

Hesse i Petri wykazali, że w Berlinie najlepsze powietrze pod względem ilości żyjących zarodków w nim zawartych, jest w kanale miejskim pod placem Poczdamskim, gdyż znajdywano tam w metrze sześciennym zaledwo kilka zarodków, wówczas, gdy podobne badanie wykonane na wieży ratuszowej wykazały około 800 zarodków. Badając ilość zarodków w powietrzu, należy oznaczać ich ilość w danej objętości powietrza; chirurgowi nie chodzi jednak o bezwzględną ilość bakteryj w powietrzu ale o tę ilość, która w przeciągu pewnego określonego czasu może opaść z powietrza na daną powierzchnię. Do badań bakteryologicznych powietrza, wykonywanych w celach chirurgicznych, niema więc potrzeby używania przyrządów Hessego, Straussa i Würtza, Miquela i innych a wystarcza wystawić na powietrze na pewien czas płyty o wiadomej powierzchni.

Badania powietrza, wykonane w klinice Bergmanna wykazały, że ilość opadających zarodków zależy głównie od ruchu w danej przestrzeni a więc jest rozmaitą w różnych porach dnia; następnie ilość bakteryj zależy od pory roku, deszczu i t. p. Powietrze zawierające 6—20000 bakteryj na metr sześcienny nie jest jeszcze złem pod względem bakteryologicznym; oczywiście skład chemiczny takiego powietrza może być szkodliwym.

Dr. Kryński badał powietrze w sali wykładowej kliniki chirurgicznej krakowskiej, w salach chorych, w sali laparotomijnej oraz dla porównania w zakładzie anatomii patologicznej. W sali wykładowej rano znajdywał w metrze sześciennym 2850 zarodków; o godz. 3. po poł., t. j. po ukończeniu operacyj, liczba ta podnosiła się do 24200. W sali laparatomijnej, gdzie poza czasem operacyi nikt nie bywa, która po oczyszczeniu przed operacyą jest zamknięta przez kilka godzin i gdzie podłoga jest ciągle podczas operacyi mokrą, znajdywał przed operacyą 1220, po operacyi zaś 5600 zarodków w metrze sześciennym. W salach chorych rano 5800; podczas obiadu, gdy ruch jest największy, 14000 zarodków. W sali wykładowej opadało na płytę 100 centymetrową w ciągu pół godziny rano 32, po wykładzie 105 zarodków; w sali laparotomijnej po operacyi 20. Dr. Kryński oznaczał gatunki bakteryj tylko w powietrzu sali operacyjnej głównej po wykładzie. Z drobnoustrojów chorobotwórczych znalazł podobny do *staphyloccus pyogenes albus*, który jednak ropienia nie wywoływał, z pleśni zaś *mucor mucedo*. W pracowni anatomo-patologicznej prof. Browicza znalazł Dr. Kryński w powietrzu *bacillus subtilis* i *aspergillus fumigatus*, którego własności chorobotwórcze wykazał Ciągliński w laboratoryum prof. Brodowskiego w Warszawie; w tejże pracowni znajdywał Dr. Kryński podczas spokoju w metrze sześciennym 15600 zarodków, na płyty zaś opadało ich tyle, że zliczenie ich było niemożebnem. W pracowni kliniki chirurgicznej, mieszczącej się w oddzielnym budynku, jest w powietrzu oczywiście znacznie więcej bakteryj, aniżeli w salach klinicznych; najczęściej spotyka się tam wśród grzybów *penicillium glaucum*, *sarcina alba*, *lutea* i *rosea*. Z badań tych wypada, że powietrze w klinice chirurgicznej krakowskiej jest dobre, jeśli się zważy, że w mieszkaniach prywatnych powietrze, zawierające w metrze sześciennym do 10000 bakteryj, uważa się jeszcze za dobre; chorobotwórczych bakteryj w powietrzu niema, można więc nie zwracać uwagi na opadanie drobnoustrojów z powietrza. (C. d. n.)

V. Wiadomości bieżące.

— W roku 1892 było w Warszawie 601 lekarzy, licząc w to i lekarzy wojskowych, aptek 47, felczerów i pomocników felczerskich 571. Z porównania z Krakowem, który ma samych lekarzy cywilnych przeszło 150, aptek 11 prócz szpitalnej i wojskowej a felczerów właściwych zaledwo kilku z kilkunastoma pomocnikami i który jest 6½ raza mniejszym od Warszawy, pokazuje się, iż Kraków jest w pomoc lekarską lepiej zaopatrzony niż Warszawa, czyli, co za tem idzie, dochody lekarzy w Krakowie muszą być znacznie mniejsze, niż w Warszawie, nawet nie biorąc pod uwagę tej okoliczności, że w Warszawie jako mieście wielkiem jest i stósunkowo i bezwzględnie więcej ludzi zamożnych, niż w Krakowie. Również apteki muszą mieć w Krakowie mniejsze dochody, niż w Warszawie. — Uderza dalej w Warszawie wielka liczba felczerów, których w Krakowie jest mało i którzy mimo tego jeszcze i tak nie wiele mają zajęcia. To przemawia za tem, iż w Krakowie zadawalniają się przeważnie pomocą ze strony samych lekarzy a czynności felczerskie załatwiają osoby opiekujące się chorymi.

— Lekarz powiatowy wielicki Dr. Józef Kownacki otrzymał od rądy gminnej Podgórza obywatelstwo honorowe tego miasta za zasługi położone podczas zeszłorocznej epidemii cholerycznej.

— Belgijskie Towarzystwo położnicze rozpisuje międzynarodowy konkurs na temat: jaki wpływ wywiera menstruacya na ustrój. Prace napisane w języku francuskim należy przesyłać do 1. września 1894 na ręce sekretarza jeneralnego Dra Jacobsa w Bruxelli.

— W 20 uniwersytetach Cesarstwa niemieckiego było w ubiegłem właśnie półroczu 8159 uczniów Wydziału lekarskiego. Z tych przypada najwięcej (1210) na Monachium, na Berlin 1116, na Lipsk 762 a najmniej na Rostokę (111).

— Amerykańskie Towarzystwo dziennikarskie rozpisuje konkurs z nagrodą 2500 franków za najlepszą pracę o etyologii i leczeniu suchot płucnych.

— Dr. Pednow, który przebywał w pewnych okolicach nad Dnieprem i nie mógł się niczem obronić od much i moskitów, wpadł na pomysł użycia w tym celu naftaliny i przekonał się, że pomazanie skóry na twarzy, szyi i rękach kilkoma kroplam zgęszczonego roztworu naftaliny w płynnej wazelinie zupełnie wystarcza do uchronienia się przed natrętnemi i przykremi owa-

dami. Pieczenie po użyciu w ten sposób naftaliny jest nieznaczne a woń nie daje się uczuć na wolnem powietrzu.

— Sprawców zeszłorocznych tumultów podczas cholery w Chwałyńsku, wśród których zabito Dra Mołczanowa a zniszczono mieszkania kilku członków władzy miejskiej, ukarał sąd w Saratowie w ten sposób, że trzech zasądził na 10 lat robót przymusowych, dwóch na 6 lat takichże robót a dwóch na więzienie na rok.

— Na trędowatych w okręgu jakuckim na Syberyi zebrano dotychczas prawie 30500 rubli, z czego przypada na komitet londyński powstały z inicyatywy Miss Marsden około 13180 rubli.

— **Cholera** zajmuje powoli, ale ciągle coraz nowe obszary, nie występując jednak nigdzie w Europie w sposób gwałtowny, któryby przypominał zeszłoroczną epidemię hamburską. Donoszą o pojawieniu się nowych ognisk lub odosobnionych przypadków w Herzogenbusch w Holandyi, w Rzymie, Piemoncie, Lombardyi, na północno-wschodnim brzegu Hiszpanii, w Braile i Sulinie w Rumunii, w Smyrnie w Azyi mniejszej.

Według ostatnich wiadomości pojawiła się cholera na Węgrzech także w komitacie marmaroskim w okolicy Körösmező w pobliżu granicy galicyjskiej między robotnikami zatrudnionymi przy budowie kolei ze Szygetu do Woronianki. Na pierwsze o tem doniesienie delegowało Namiestnictwo galicyjskie na węgierską granicę do Jabłonicy lekarza do rewizyi sanitarnej podróżnych przybywających z Węgier i w razie potrzeby desinfekcyi. Inspektor sanitarny Dr. Lachowicz bawi w powiecie nadworniańskim od d. 2. b. m., aby przypilnować wykonania odpowiednich poleceń. W dniach 4. i 5. b. m. wydarzyły się dwa podejrzane przypadki choroby u robotników, jednego z Podleśniowa, drugiego z Jamny. Obaj ci chorzy zmarli w szpitalnych barakach przedsiębiorstw kolejowych, sekcya wykazała u nich ostry nieżyt żołądka i jelit a badanie bakteryologiczne cholerę azyatycką. Z tej przyczyny wysłało Namiestnictwo trzech lekarzy do powiatu nadworniańskiego dla nadzorowania stanu zdrowia publicznego i postarało się o wysłanie przez Towarzystwo Czerwonego krzyża w Wiedniu trzech przenośnych baraków z całem urządzeniem szpitalnem. Baraki te będą ustawione wzdłuż budującej się drogi żelaznej. Przedsiębiorstwa budowy mają prócz tego pięć baraków szpitalnych i utrzymują trzech lekarzy wyłącznie dla swych robotników. Krajowy referent sanitarny i protomedyk Dr. Merunowicz wyjechał na miejsce.

W Warszawie zaszedł przed kilkoma dniami bardzo podejrzany przypadek u izraelitki przybyłej z gubernii podolskiej. Nie znamy wprawdzie jeszcze rezultatu badania bakteryologicznego, ale ponieważ wzięto się nader energicznie do wszelkich środków ostrożności wskazanych w podobnych razach, przeto niema obawy na teraz o powstanie epidemii w Warszawie, gdyby nawet wspomniany przypadek okazał się cholerą azyatycką, co jest zresztą podobne do prawdy.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 20. lipca w Starokonstantynowie na Wołyniu Dr. Leon U s z c z a p o w s k i; w Montréal w Kanadzie Dr. A. P o c t o v i n, profesor anatomii opisowej; w Paryżu psychiatra Dr. D e l a s i a u v e, przez długie lata czynny w Salpetrière, w 88. roku życia.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 7.885. **OGŁOSZENIE KONKURSU.**

Celem obsadzenia opróżnionej posady weterynarza powiatowego w randze XI. klasy z systemizowanemi dla niej poborami, względnie opróżnić się mogącej posady pogranicznego oglądacza zwierząt i produktów zwierzęcych, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem do końca sierpnia b. r.

Kandydaci mają swe podania, zaopatrzone w dowody kwalifikacyjne, wymagane ustawą z dnia 21. marca 1873 Nr. 37 Dz. ust. p., metrykę urodzenia, tudzież dowód znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa a mianowicie kompetenci pozostający już w służbie rządowej w przepisanej drodze służbowej, inni zaś przez dotyczące Starostwo a we Lwowie i w Krakowie przez c. k. Dyrekcyę policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów, dnia 3. sierpnia 1893.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 19. Sierpnia 1893. Nr. 33.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Dwa przypadki wydobycia ciała obcego z wnętrza oka za pomocą elektromagnesu Hirschberga.

Podał
Dr. med. Br. Ziemiński,
Ordynator instytutu oftalmicznego w Warszawie.

I.

Kawałek żelaza w ciałku szklistem.

Dnia 3. grudnia 1888 r., o godzinie 6. wieczorem, zgłosił się do mnie czeladnik ślusarski Paweł Wnuk, 27 lat liczący, prosząc o udzielenie porady co do oka lewego.

Chory twierdzi, że tegoż dnia, w godzinach południowych, przy pracy w fabryce, kawałek żelaza odprysnął i uwiązł mu w lewej gałce ocznej. Od tej chwili doznaje silnego, coraz bardziej wzmagającego się bólu. Głównie też sprowadza go do mnie silny ból w oku lewem, tudzież w skroni i w czole po odpowiedniej stronie; co do wzroku, nie zauważył, aby bystrość jego ucierpiała wskutek przypadku, jaki mu się wydarzył.

Prócz okładów z wody zimnej niczego dotąd nie stósował.

Stan obecny: oko lewe pokryte kawałkiem brudnego, mokrego płótna i obwiązane chustką do nosa. Po zdjęciu tego opatrunku widzi się obrzmienie górnej zwłaszcza powieki. Spojówka czysta, brak wydzieliny ropnej. Lekkie nastrzyknięcie głębszych naczyń w około rogówki, głównie w zewnętrznej (skroniowej) granicy tej błony. Przy badaniu lewej gałki ocznej dostrzega się w odległości około 6 mm. od zewnętrznej (skroniowej) granicy przeźroczystej rogówki, nieco poniżej wymiaru poziomego gałki, niewielki skrzep krwi, pokrywający ranę podłużną (około 3 mm. długości mieć mogącą), która przeszywa nietylko spojówkę, lecz i białkówkę, jak to wykazuje badanie wyjałowionym zgłębnikiem platynowym.

Źrenica nieco szersza, aniżeli po prawej stronie. Rozszerzywszy źrenicę za pomocą atropiny, dostrzega się przez wziernik oczny w dolno-zewnętrznej części dna oka świeży wylew krwawy, w którym tkwi w kierunku niemal pionowym połyskujące ciało obce. W. $\frac{O.\ P.\ ^4/_4}{O.\ L.\ ^4/_8}$, oba oczy miarowe. Pacyent czyta Nr. I. skali Niedena okiem prawem w odległości 12 cm. a okiem lewem w odległości 20 cm.

Zadawszy choremu proszek z antypiryny i bromku potasu, w niespełna godzinę na usilne życzenie pacyenta przystępuję przy pomocy swego służącego do wyjęcia ciała obcego z wnętrza gałki ocznej. Zakropiwszy 5% roztworem kokainy i starannie odkaziwszy ranę i całą powierzchnię oraz sąsiednią okolicę obu ócz, z zachowaniem nader ścisłych przepisów aseptyki narzędzi tudzież środków opatrunkowych, zakładam elektromagnes Hirschberga [1]) w ranę i odrazu wydobywam szczęśliwie ciało obce. Po obmyciu rany zakładam dwa szwy z cienkiego, wyjałowionego jedwabiu; zapuszczam kroplę 1% roztworu atropiny, wreszcie zakładam obuoczny opatrunek uciskowy. Pacyent z towarzyszem swoim wraca do domu, otrzymawszy zalecenie zażycia przed udaniem się na spoczynek odpowiedniej dawki chloralu.

Nazajutrz (4. grudnia) chory czuje się dobrze, spał spokojnie; prócz lekkiego kłucia w okolicy ranki nic mu nie dolega. Nastrzyknięcie okołorogówkowe zwiększone. *Sol. atropin. sulfur. 1% gtt. unam.* Ku wieczorowi jeszcze jedna kropla atropiny. Opatrunek obuoczny.

5. grudnia. Źrenica prawie maksymalnie szeroka. Nastrzyknięcie okołorogówkowe mniejsze. Atropina. Opaska tylko na oko chore.

6. grudnia. Pacyent kilkakrotnie budził się podczas nocy z powodu silnego bólu w oku, w skroni i wogóle po lewej stronie głowy. Źrenica zwężona. Trzy razy dziennie atropina. Proszek antypirynowy.

7. grudnia. Jakkolwiek sen był lepszy, jednak ból w oku niezupełnie ustąpił. Usuwam szwy. Atropina. Opaska hidropatyczna, ogrzewająca na oko lewe.

[1]) Wyrobu Doerffela w Berlinie.

8. grudnia. Pacyent spał spokojnie, bólów nie doznaje; chce powrócić do swych zwykłych zajęć. Badanie wziernikowe wykazuje zaledwie ślady wylewu krwawego na dnie oka tak, że widzieć można miejsce, w którem wewnętrzne pokrywy gałki uległy rozdarciu. Przepisuję choremu atropinę i zalecam noszenie opaski.

Odtąd chory zniknął mi z oczu. Dopiero 6. stycznia 1889 r. zgłosił się ponownie z prośbą o przepisanie okularów ochronnych do pracy. Pacyent twierdzi, że już nazajutrz po ostatniej bytności u mnie (8. grudnia 1888) powrócił do pracy a od świąt Bożego Narodzenia (1888) pracuje bez opaski.

Badanie lewej gałki ocznej wykazuje brak wszelkiego podrażnienia. Blizna w okolicy ranki zaledwie jest dostrzegalna. Źrenice obu oczów są równie szerokie i żywo oddziaływają na bodźce swoiste. W. O. L. > $^4/_6$. Niedena Nr. I. w odległości 12 cm. Na dnie oka lewego w dolno-zewnętrznej części widać bliznę skośną, przy odpowiednich zmianach w naczyniówce i w siatkówce, nadto drobne zmętnienie w przyległej części ciałka szklistego. Badanie za pomocą perymetru wykazuje odpowiednią przerwę w polu widzenia oka lewego.

Ostatni raz widziałem pacyenta 17. stycznia 1892 r. Prócz zupełnego prawie zniknięcia zmętnień w ciałku szklistem, stan oka lewego pozostał bez zmiany. Siła wzroku oka lewego wynosi prawie $^4/_5$.

Wydobyty z wnętrza oka kawałek żelaza ma w największym wymiarze 5 mm długości i prawie $1^1/_2$ mm. szerokości; tylko z jednej strony jest zupełnie gładko ucięty, zresztą ma powierzchnię nierówną, gdzieniegdzie brzegi są ostro wystrzępione; waży prawie 1 cgr.

II.

Kawałek żelaza na dnie przedniej komory oka.

Dnia 10. lutego 1889 roku zostałem wezwany do tokarza Józefa A., 32 lat liczącego. Chory opowiada, że przed tygodniem przy pracy w warsztacie, jakoby utkwił mu w środku rogówki oka prawego kawałek żelaza. Towarzysze pracy oraz felczer kilkakrotnie czynili zabiegi wydobycia ciała obcego, przyczem felczer przez dni kilka zakrapiał choremu atropinę. Pacyent doznał pewnej ulgi, lecz od wczoraj wieczór stan oka prawego miał się znacznie pogorszyć: wystąpił ból dotkliwy w oku, w czole i w skroni po stronie prawej. Po bezsennie spędzonej nocy, dziś przed południem chory zwrócił się o poradę do jednego z lekarzy, który orzekł, iż ciało obce tkwi bardzo głęboko w rogówce, lecz nie w samem wnętrzu gałki ocznej. Kolega ów, przy znieczuleniu za pomocą kokainy, starał się wyjąć ciało obce; chory doznał przytem nader silnego bólu. Założono choremu opaskę i oświadczono, że ciało obce głębiej osiadło w oku i że chory musi poddać się powtórnie poważniejszej operacyi w celu usunięcia żelaza z wnętrza oka. Pacyent po tym rękoczynie doznaje coraz silniejszych bólów w całej głowie; usilnie też prosi, aby ulżyć jego cierpieniom.

Zalecam dużą dawkę antypiryny i zapraszam do chorego kolegę, który pierwotnie go widział. Późnym wieczorem tegoż dnia obaj, po zdjęciu opatrunku, stwierdzamy, co do oka prawego, iż obie powieki są znacznie obrzmiałe, gałka oczna silnie nastrzyknięta w około rogówki. W samej rogówce, odpowiednio do górno-zewnętrznego kwadrantu otworu źrenicznego, dostrzega się rankę o brzegach nacieklych, barwy szaro-żółtej. Komora przednia nader płytka a na samem jej dnie, w połowie skroniowej, leży kawałeczek ciała obcego barwy ciemno-brunatnej. Źrenica (pod działaniem atropiny) nierówno owalnie rozszerzona.

Należycie opatrzywszy chorego i zaleciwszy mu lek nasenny, postanawiamy nazajutrz przystąpić do wyjęcia ciała obcego z przedniej komory oka.

Dnia 11. lutego 1889 r. o godzinie 9. zrana przystępujemy do operacyi. Przekłuwszy rogówkę w odpowiedniem miejscu, nasamprzód probuję wydobyć ciało obce za pomocą cienkich szczypczyków a gdy to okazuje się bezskutecznem, *ex consilio* zakładam elektromagnes Hirschberga, przyczem łatwo udaje się wydobyć maleńki kawałek żelaza wielkości dwu ziarnek maku.

Gojenie się obu ranek rogówki szybko nastąpiło tak, że prócz małej plamki białej w środku błony rogówkowej w przeciągu trzech tygodni stwierdziliśmy zupełne wyzdrowienie oka prawego.

II. Osutki jodowe.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32.)

W ostatnich czasach zwrócono uwagę jeszcze na jedną postać osutki jodowej, mało dotychczas znaną, która odznacza się powstawaniem w głębi skóry lub nawet w podskórnej tkance niebolesnych, ściśle ograniczonych guzów i nacieków; ulegają one zwykle wessaniu lub też niekiedy przeobrażeniu wstecznemu; wtedy powstawać mogą głębokie owrzodzenia, podobne do kilakowych; w niektórych zaś przypadkach osutka cechuje się bardzo ostrym przebiegiem i sprawa chorobowa wtedy przypomina wąglik lub objawy skórne nosacizny. Takie przypadki spostrzegali: Pellizari[1]), Janowsky[2]), Besnier[3]), Taylor[4]), Hyde[5]), Giovannini[6]) i Walker[7]). W przypadkach Pellizzarego i Besniera rozrzucone w rozmaitych okolicach ciała ciemnoczerwone guzy wielkości dużej śliwki, popodobne były do wąglików i szybko rosły; po zaprzestaniu jednak leczenia jodowego uległy wessaniu, pozostawiając po sobie brunatne plamy i miejscami nawet zagłębione blizny. W przypadku zaś Janowskiego powstały w rozmaitych okolicach odnóg i tułowia w skórze zapalne guzy i nacieki, które wkrótce uległy przeobrażeniu wstecznemu i uległy wessaniu; w przypadku Giovanniniego guzy usadowiły się w podskórnej tkance, były niebolesne i ruchome, i znikły wkrótce po zaprzestaniu zażywania leku. W spostrzeganym przez Hydego przypadku osutka jodowa, na głowie, tułowiu i odnogach z guzów złożona, wkrótce też znikła. — Przypadek Taylora tyczył się osoby z kiłą mózgową, którą poddano leczeniu wielkiemi dawkami jodku

---

[1]) Sperimentale. 1884. Settembre.

[2]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1886. 10. str. 447—448.

[3]) Annales de derm. et de syphiligraphie. 1887. str. 162.

[4]) Monatsh. f. prakt. Dermatol. 1888. 24. str. 1218.

[5]) Medical News. Philadelphia. 1888. 822. str. 411—415.

[6]) Sperimentale. 1889. Settembre; Arch. f. Dermat. und Syphilis. 1890. str. 240.

[7]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1892. XIV. 7. Str. 263—275.

potasowego, wskutek czego po upływie 12 dni wytworzyły się na twarzy i szyi w skórze niebolesne ciemno-czerwone guzy, otoczone zaczerwienionym pierścieniem, wskutek zapalenia sąsiedniej okolicy skóry powstałym; na powierzchni guzów powstały następnie rozrosty brodawczate, gąbczasto-ziarninowe, wydzielające z licznych otworów ciecz ropną; ostatnia zasechając wytwarzała strupy. Po upływie 4 tygodni guzy i nacieki zaczęły resorbować się i wreszcie znikły, pozostawiwszy ciemno zabarwione plamy. W przypadku przez Walkera opisanym zażywanie wewnętrzne jodku potasowego wywołało pojawienie się na nosie niewielkiego, czerwonego guza w skórze, z którego stopniowo wytworzył się duży naciek bardzo podobny do nowotworu, który zajął całą dolną połowę nosa. Po zaprzestaniu leczenia jodowego guz wcale nie przedstawiał zmiany i nie zmniejszał się; musiano więc go usunąć za pomocą noża; pozostała rana zabliźniła się szybko.

W dodatku wspomnimy tu nadto o ciekawym przypadku, spostrzeganym przez Templego[1]) i tyczącym się osoby 60-letniej, dotkniętej trzeciorzędną kiłą, u której stósowanie wewnętrzne małych dawek jodku potasowego wywołało szczególną zmianę barwy włosów na głowie i brodzie; już po kilku dniach leczenia jodowego siwe przedtem włosy przybrały barwę jasno-różową, na chustce zaś i bieliznie pozostającej w zetknięciu z potem chorego, pojawiły się czerwone plamy.

W ciągu kilkunastoletniej praktyki syfilidologicznej spostrzegałem wiele przypadków zwykłego trądzika jodowego (*acne jodica*) i zauważyłem, iż grudkowo-krostkowa osutka jodowa występuje zawsze w pierwszych dniach stósowania przetworów jodowych, zwykła sadowić się na twarzy, głowie, piersiach i plecach, rzadziej zaś (w kilkunastu zaledwie przypadkach) wyrzuty trądzika jodowego występowały bardzo licznie na rozmaitych okolicach ciała, sadowiąc się nietylko na twarzy i tułowiu, lecz i na skórze odnóg; u setek zaś chorych kiłowych, u których widziałem krostkową osutkę jodową, liczba pojedynczo rozrzuconych krostek zaledwie dochodziła od 15 do 30; skupienia się wykwitów w gromadki nigdy nie dostrzegałem; osutka trądzikowa występowała zawsze niezależnie od podanej ilości leku, często po małych dawkach i trwała zwykle od 4—10 dni; w kilku zresztą przypadkach przebieg jej był przewlekły i podczas całego okresu leczenia jodowego, wynoszącego $1\frac{1}{2}$—2 miesięcy, osutka trwała uporczywie. Jakkolwiek niektóre krostki miały przebieg zawsze ostry i już po kilku dniach znikały, natomiast jednak w sąsiedztwie dawnych powstawały wnet nowe wyrzuty. Wykwity trądzika jodowego są zwykle małe, wielkości od ziarnka prosa lub główki szpilki, dość bolesne, szczególnie zaś na twarzy i głowie. Z pomiędzy chorych kiłowych, którym dawałem wewnętrznie przetwory jodowe, muszę wyróżnić cały poczet, z osób kilkudziesięciu się składający, odznaczających się limfatycznem usposobieniem i grubą mocną skórą. U tych chorych nie zauważyłem żadnych objawów ubocznych na skórze; dodać tu wypada, iż przeważna liczba wymienionych tylko co osób dotknięta była późną kiłą, najczęściej w postaci objawów mózgowych. Najczulszą na działanie jodu skórę napotykałem zwykle u znajdujących się w okresie drugorzędnym, ze świeżemi, nieprzedawnionemi objawami kiły; nadto z moich spostrzeżeń osobistych wypada, iż osoby t. zw. nerwowe, obdarzone żywem usposobieniem i delikatną, cienką skórą, łatwiej dostawały osutki grudkowo-krostkowej, niż flegmatycy, limfatycy i w ogólności ludzie z ospałem i spokojnem usposobieniem. Napotykając z jednej strony niezwykłą nieczułość ustroju wobec działania jodu prawie u każdego chorego, dotkniętego trzeciorzędną kiłą, szczególnie zaś kiłą mózgową i rdzenia pacierzowego, z drugiej zaś strony przekonawszy się wielokrotnie, iż u osób, cierpiących na objawy świeżej kiły drugorzędnej przypady zatrucia jodem niezwykle często powstają po małych nawet dawkach przetworu jodowego, muszę stanowczo przechylić się na stronę Wooda[1]), utrzymującego wbrew zdaniu Whitego[3]), iż przetwory jodowe najczęściej dobrze znoszą osoby dotknięte późną, przeważnie zaś mózgową kiłą. Przyznać atoli muszę słuszność zdaniu przez Stellwagona[2]) wypowiedzianemu, według którego nie należy rozpoznania kiły opierać na odporności chorego na działanie chorobotwórcze przetworów jodowych; najzupełniej też podzielam wypowiedziane przez Wooda zdanie, że objawy ubocznego działania jodu tem rzadziej występują u osobników kiłowych, im późniejszym jest okres choroby; odwrotnie też przekonałem się, iż w ogólności u osób dotkniętych drugorzędną kiłą objawy zatrucia jodowego, szczególniej zaś skórne, dostrzegają się bardzo często i zaledwo 10% wśród takich chorych było wolnych od wyrzutów jodowych, nie mówiąc już o innych objawach ubocznego działania jodu. Z tegoczesnych autorów, którzy poniekąd są tegoż samego zdania, przytoczę tu Julliena i Elsenberga; Jullien utrzymuje, iż pomiędzy jadem kiłowym a działaniem przetworów jodowych istnieje pewien antagonizm, który się w ten sposób objawia, że osoby dotknięte kiłą lepiej znoszą jod od osób zdrowych i wolnych od kiły; Elsenberg zaś powiada, iż kiłowi doskonale jod znoszą, nawet w bardzo dużych dawkach i przez czas długi.

Oprócz często spostrzeganej przeze mnie grudkowo-krostkowej osutki jodowej, widziałem w r. 1886 i 1889 dwa ciekawe przypadki osutki jodowej krwotocznej i rumienionej. Krótki ten opis ze względu na niezwykłą postać wyrzutów jodowych tu załączam: pierwszy przypadek tyczył się 30-letniego urzędnika sądowego, który przed rokiem miał pierwotny wrzód kiłowy na napletku, po nim zaś wystąpiły objawy kiłowe ogólne: obrzmienie bolesne gruczołów limfatycznych i plamy rumienia kiłowego na brzuchu; obok tego pojawiły się nadto dotkliwe bóle gośćcowe w rozmaitych stawach odnóg górnych i dolnych (chory często cierpiał poprzednio na nawroty gośćca stawowego i w celu zwalczenia wymienionej choroby kilkakrotnie leczył się kąpielami siarczanemi w Piatygorsku). Zaleciłem wewnętrznie po 1·5 jodku potasowego codziennie; wieczorem już pierwszego dnia po zażyciu trzech 0·5 gramowych dawek leku chory się poczuł niedobrze i dostał dreszczyków, bóle stawowe wzmogły się, temperatura ciała podniosła się do 39·5°, przyłączył się nadto ból głowy, następnie mocne zaczerwienienie twarzy, nieżyt błony śluzowej nosa i spojówki oka, z nadzwyczaj obfitą wydzieliną i ślinotok; chory przez całą noc nie spał, nad ranem zaś spostrzegł na skórze brzucha

[1]) Monatsh. f. prakt. Dermatologie. 1891, XIII. str. 497.

[1]) H. C. Wood. Syphilis of the nervous system. Detroit 1889. str. 85—87.

[2]) Therapeutic Gazette. 1888. 12. str. 802—806, 812—813.

[3]) Tamże. 1889. 10. str. 574—676.

i dolnych odnóg licznie rozrzucone, ciemno-czerwone plamki; ilość ich w ciągu następnego dnia znacznie się powiększyła, osutka nadto rozszerzyła się na inne części ciała; gorączka nie opuszczała chorego, towarzyszyły jej obfite poty i osłabienie. Oglądając na trzeci dzień chorego, spostrzegłem na skórze tułowia, bioder, goleni, na częściach płciowych, zgięciach górnych odnóg i na dłoniach licznie rozrzucone, małe plamki ciemno-fiołkowej barwy, niektóre z nich wznosiły się nieco nad powierzchnią skóry. W wielu miejscach plamy krwotoczne skupiły się w większe gromadki, gdzieniegdzie też zlały się, tworząc większe plamy fiołkowe, nie znikające pod uciskiem palca; temperatura ciała zrana 39·4°, wieczorem zaś 40·3°, tętno 120. Jodek potasowy odstawiono, poczem wszystkie objawy wnet zaczęły ustępować; po upływie trzech dni gorączka i osutka znikły, nie pozostawiwszy po sobie żadnego śladu.

Wkrótce potem pojawiły się u chorego kiłowe owrzodzenia w przełyku i wystąpiły wyrzuty rumienia kiłowego na tułowiu, wskutek czego zaordynowałem mu wcierania maści rtęciowej po 2·0 codziennie; po drugiem jednak wcieraniu przekonałem się naocznie, iż ustrój chorego był nadmiernie czułym nietylko na działanie jodu, lecz obok tego źle znosił rtęć, albowiem wystąpił obfity ślinotok, obrzmienie dziąseł i zboczenie w przewodzie pokarmowym z gorączką. Zaleciłem więc zamiast wcierań wewnętrznie odwar gwajaku i orzechów leśnych z sarsaparylą. Pod wpływem wymienionego leczenia objawy, aczkolwiek powoli, stale ustępowały; po miesiącu chory był wolnym od objawów kiłowych; pozostało li tylko powiększenie gruczołów limfatycznych. Wkrótce jednak choroba powróciła w postaci owrzodzeń na migdałkach, wypadania włosów na głowie i kilku krostek na twarzy i głowie. Ponowiona próbą leczenia rtęciowego znów nie powiodła się; gdy zaś obok wymienionych objawów kiłowych wystąpiły w dodatku bóle gośćcowe w rozmaitych okolicach ciała, zaleciłem jodek potasowy po 0·5 trzy razy dziennie. W ciągu pierwszych dwóch dni chory doskonale lek znosił; żadnego objawu zatrucia jodem nie było; na trzeci dzień jednak chory zaczął gorączkować (temperatura ciała 39·2°), na twarzy zaś i plecach wystąpiły liczne wykwity grudkowo-krostkowe *(acne jodica)*, na skórze brzucha i goleni nadto pokazało się wiele wyniosłych plamek krwotocznych, obok nich zaś osobno rozrzucone krosty i pęcherze zawierające ropę zmięszaną z krwią. Wnet jodek potasowy odstawiono, poczem gorączka ustąpiła i osutka w parę dni znikła, nie pozostawiwszy po sobie żadnego śladu; chorego zaś, jak i poprzednio, poddałem leczeniu odwarami roślinnemi, które i tym razem bardzo pomyślnie działało i sprowadziło wkrótce ustąpienie wszystkich objawów kiłowych wraz z bólami gośćcowymi; ostatnie nadto już więcej nie powróciły wcale. Po dwóch latach spotkałem chorego w najlepszym stanie zdrowia; oznajmił mi, iż w ostatnich czasach parę razy rozpoczynał leczenie jodowe, lecz za każdym razem musiał go zaprzestać z powodu wystąpienia objawów zatrucia jodem, wśród których osutka krwotoczna zawsze występowała wybitnie.

Drugi przypadek osutki jodowej spostrzegałem w r. 1889 u chorego z kiłą, który w styczniu miał wrzód twardy napletka, w marcu zaś dostał osutki rumieniowo-kiłowej na tułowiu; objawy kiłowe ustąpiły po ośmiu zastrzyknięciach 8%-zawiesiny tymolo-octanu rtęciowego *(hg. thymolo-aceticum)*. W lipcu tegoż roku wystąpił nawrót choroby w postaci licznych grudkowych wyrzutów na skórze tułowia i odnóg; pojawieniu się osutki towarzyszyła gorączka trwająca przez dwa dni, następnie spostrzegłem niebolesne obrzmienie wątroby i równocześnie też objawy wybitnej żółtaczki; wszystkie wymienione objawy ustąpiły po kilkunastu injekcyach rtęciowych, poczem zaleciłem wewnętrznie jodek potasowy. Po kilku dniach leczenia jodowego pojawiły się na twarzy rozrzucone, liczne krostki trądzika jodowego, które jednak wkrótce znikły. Przez następne trzy tygodnie chory doskonale znosił jod; po wyżyciu jednak 16 gramów jodku potasowego powstała na skórze brzucha, przedramion, pleców, lędźwi i goleni osutka rumieniowa swędząca, złożona z wyniosłych, okrągławych i owalnych plam wielkości paznogcia małego palca do monety miedzianej; na powierzchni wykwitów wytworzyły się wkrótce pęcherze z treścią surowiczą i domieszką krwi; wyrzuty zaczęły dalej szerzyć się i łączyć się brzegami swemi, tworząc nieprawidłowe figury; osutce towarzyszyła gorączka z podniesieniem się ciepłoty ciała od 38·5—39·0°C. Jodku potasowego zaniechałem; po kilku dniach osutka znikła i wszystkie objawy ustąpiły; pozostały tylko gdzieniegdzie plamy brunatno-żółte. Powtórne po kilku tygodniach podawanie wewnątrz jodku potasowego nie wywołało już żadnych objawów ubocznych.

Rozpatrzywszy się w kazuistyce osutek jodowych, uważam teraz za stosowne skreślić w krótkich słowach ich charakterystykę: osutki jodowe pojawiają się w rozmaitych postaciach i powstają zwykle wkrótce po zastósowaniu leczenia jodowego. Wyrzuty rzadko występują później, niż 3—10 dni po rozpoczęciu leczenia. Późniejsze pojawienie się groźniejszych postaci osutki jodowej spostrzega się wyjątkowo tylko po dłuższem używaniu wewnętrznem przetworów jodowych; w przeważnej jednak liczbie przypadków pęcherzycy lub osutki guzowej wyrzuty występują już w pierwszych dniach leczenia jodowego; szczególniej zaś tyczy się to osób, u których wydalanie się leku z ustroju jest utrudnione wskutek schorzenia, zwyrodnienia nerek. Łagodniejsze postacie osutki jodowej prawie nigdy nie każą na siebie długo czekać i pojawiają się na 1—3—7. dzień od początku leczenia jodowego. Znanych jest nawet wiele przypadków, w których wyrzuty jodowe pojawiły się już po pierwszej dawce leku. Osutce ulegają zarówno mężczyzni, kobiety i dzieci; wiek też nie stanowi tu żadnej różnicy; choroby nerek i serca utrudniające wydalanie się jodu z ustroju, ułatwiają powstawanie groźniejszych postaci osutki jodowej, jakto spostrzeżono w wielu przypadkach (Morrowa, MC Guirea, Wolffa i innych). Przypuścić nadto wypada, iż osoby niedotknięte kiłą późną, tudzież wykazujące żywy temperament i szybką, ożywioną wymianę, najłatwiej ulegają łagodniejszym postaciom osutki jodowej; u osób zaś z opieszałym obiegiem krwi i powolną wymianą lub dotkniętych objawami późnej, trzeciorzędnej kiły objawy skórne zatrucia jodowego w ogólności dość rzadko się napotykają. Osutkę jodową wywołać mogą wszystkie bez wyjątku przetwory jodowe, jakto: jodek potasowy, sodowy, amonowy, nalewka jodowa, jodoform i jodol [1]); najrzadziej jednak widziano osutkę po zadaniu jodolu i jodoformu; najczęściej napotykają się wyrzuty jodowe jako następstwo podawania wewnątrz jodku potasowego, co zresztą zkądinąd dość łatwo tłómaczy się przeważnem używaniem wymienionego

[1]) Gazeta lekarska 1889. 14. str. 299.

przetworu, podczas gdy inne leki jodowe stósunkowo rzadko się zadają.

Jakkolwiek osutki jodowe rzadko występują w jednej postaci, lecz najczęściej znamionują się pojawieniem się wyrzutów wielopostaciowych, dla łatwiejszego jednak zobrazowania wykwitów wskutek działania jodu występujących, należy rozróżniać pięć głównych odmian zboczenia jodowego skóry: osutkę plamistą, rumieniową, postać grudkowo-krostkową, pęcherzycę jodową, osutkę z guzów i nacieków skórnych złożoną i wreszcie jodową plamicę krwotoczną.

a) Osutka rumieniowa plamista zwykle zajmuje twarz, szyję, piersi i odnogi górne, przeważnie zaś sadowi się na skórze przedramion, w postaci rozmaitego kształtu i wielkości plam, rozrzuconych osobno lub zlewających się z sobą brzegami; plamy te są niekiedy nieco wyniesione nad powierzchnią skóry, krótko trwają i wnet po zaprzestaniu leku znikają najczęściej bez śladu, rzadko zaś pozostawiają po sobie barwikowe, łuszczące się plamy. Wobec dalszego zadawania przetworu jodowego wyrzuty rumieniowo-plamiste przeobrażać się mogą w grudkowe i nawet guzkowe, lub też obok wykwitów rumienionych powstają rozmaite inne wyrzuty.

b) Osutka grudkowo-krostkowa napotyka się najczęściej na twarzy, tułowiu i odnogach, objawia się zaś powstawaniem na skórze wielu pojedynczo usadowionych grudek i krostek, przypominających z wejrzenia swego wykwity trądzika zwykłego; rzadziej zaś napotyka się na tułowiu i odnogach osutka z licznych i gęsto skupionych grudek czerwonych złożona. Jako odmianę postaci grudkowej wyróżnić trzeba wykwity bąblicowe, podobne do pokrzywczanych wyrzutów, które atoli najczęściej pomięszane bywają z grudkami i krostkami.

c) Pęcherzyca jodowa występuje w postaci rozrzuconych na powierzchni skóry guzów i bąbli, przetwarzających się następnie w pęcherze z treścią surowiczą lub surowiczo-ropną, niekiedy zaś z domieszką krwi. Osutkę pęcherzycową opisałem już wyżej szczegółowo, zastanawiając się nad kazuistyką osutek jodowych w ogólności.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

O śmierci nagłej.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent katedry medycyny sąd. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30.)

Wszyscy autorowie zgadzają się, iż starcy podpadają śmierci nagłej bardzo często. Według statystyki Devergiego[1]) na 35 ludzi zmarłych nagłą śmiercią było 10, których wiek przekraczał 60 lat. Na 80 przypadków nagłej śmierci, poddanych sekcyi policyjno sanitarnej w krakowskim zakładzie sądowo-lekarskim. było 21, w których wiek zmarłych przekraczał lat 60 (26·2%).

Rozpatrując przypadki nagłej śmierci ogłoszone w latach ostatnich, jakoteż przypadki poddane sekcyi w zakładzie sądowo-lekarskim w Krakowie, można się przekonać, iż przypadki, w których przyczynę śmierci określa jasno wynik sekcyjny, pozostają w mniejszości względem tych,

[1]) l. c.

w których tylko można się jej dorozumieć, z mniejszą lub większą pewnością, ze zmian anatomicznych. I tak podaje Lesser[1]), iż na 162 przypadków nagłej śmierci, sekcyonowanych w zakładzie sądowo lekarskim w Wrocławiu, tylko w 53 przypadkach określał obraz sekcyjny przyczynę nagłej śmierci.

Na 80 przypadków sekcyonowanych w Krakowie tylko w 28 napotkano zmiany tłómaczące wprost przyczynę nagłego zejścia.

Przyczyny nagłej śmierci, które sam obraz sekcyjny wyjaśnia, bywają różne. Po rozpatrzeniu się w nich kolejno przedstawiają się one tak:

Śmierć nagła wskutek zmian w jamie czaszkowej. Zmiany w jamie czaszki znajdywane, wywołują najczęściej śmierć nagłą przez zwiększenie się ucisku śródczaszkowego ponad stopień, mogący istnieć bez szkody dla ustroju[2]). Zmiany te zwiększające ucisk śródczaszkowy są różne; i tak: krwotoki śródoponowe lub podoponowe. Najdosadniejszym przykładem ich są krwotoki z pękniętej tętnicy oponowej średniej (*art. meningea media*), które są zazwyczaj następstwem urazu w czaszkę. Przez pewien czas po urazie nie okazuje człowiek pęknięciem tej tętnicy dotknięty żadnych objawów; dopiero z chwilą, gdy ilość wynaczynionej krwi podwyższy ucisk w jamie czaszki ponad stopień podany, wówczas człowiek ten nagle pada, tracąc przytomność a często i życie.

Doświadczenie uczy, że krwotokom śródoponowym lub podoponowym ulegają najczęściej ludzie, oddający się nałogowo opilstwu. Przyczyna tego zjawiska jest dwojaka. Po pierwsze, ludzie ci najczęściej narażają się na uraz bądź to w bójkach, jakie wszczynają w stanie podniecenia, bądź też wskutek upadku; po drugie, wytwarza się u nich zmiana znana pod nazwą *pachymeningitis haemorrhagica*, polegająca na wytwarzaniu się kruchych a obficie w naczynia zaopatrzonych zrostów od wewnętrznej strony opony twardej. Już nawet bardzo nieznaczne zboczenia w krążeniu krwi, wywołane wruszeniami umysłowemi, jak gniewem[3]), wystarczają, aby sprowadzić krwotoki wskutek pękania wymienionych zrostów. Krew wynaczyniona oddziela te zrosty i krzepnąc, tworzy krwiaki w błoniastych torebkach zwiększające w różnym stopniu ucisk śródczaszkowy[4]).

U noworodków zdarzają się również dość często wynaczynienia krwi w oponach mózgowych; najczęściej są one skutkiem obrażeń czaszki, powstających w czasie trudnego porodu. Czasem zdarzają się one bez wiadomej przyczyny jak to n. p. opisuje Maschka w przypadku ogłoszonym przez siebie (*Vierteljschr. f. ger. Med. 1888*).

Krwotoki mózgowe stają się przyczyną nagłej śmierci bądź to skutkiem zwiększenia się ucisku, bądź też przez zniszczenie ośrodków dla życia niezbędnie potrzebnych. — Krwotoki mózgowe powstają albo z pęknięcia naczyń miażdżycą dotkniętych, jak to zdarza się najczęściej, albo z pęknięcia tętniaków tętnic mózgowych. Charcot i Bouchard opisali tak zwane tętniaczki prosówkowe w mózgu, które zdaniem prawie wszystkich badaczy istnieją w przypadkach krwotoków mózgu u osób starszych. O ile to z badań Eichlera[5]) wypada, powstają owe prosówkowe tętniaczki na tle zmiany miażdżycowej naczyń.

Nowotwory i ropnie mózgu są również przyczyną nagłej śmierci przez znaczne podniesienie ucisku. Tak nowotwory jak i ropnie mogą istnieć długo bez żadnych przypadów lub tylko z bardzo nieznacznemi, aż nagle wywołują zgon nieprzewidziany. I tak wspomina Bruns[6]) o przypadku Haertlina, w którym trwał ropień 26 lat bez żadnych obja-

[1]) [2]) Prof. Lesser: Die wichtigsten Sektionsergebnisse in 171 Fällen plötzlichen Todes. (Viertjschr. f. ger. Med. 1888).

[3]) Taylor w Viberta Précis de médecine lég. Pag. 84.

[4]) Ziegler: Lehrbuch der spec. pathol. Anatomie. Jena. 1887. Pag. 381.

[5]) Strümpell: Lehrbuch der spec. Path. und Ther. Leipzig. 1889. Bd. II. Pag. 357.

[6]) Eichhorst: Handbuch d. spec. Path. u. Ther. B. III.

wów. Maughan [1]) opisuje przypadek z nieznacznymi objawami za życia, który zakończył się nagłą śmiercią. Vibert wspomina o przypadkach ropni mózgowych, powstałych z zapalenia ropnego jamy bębenkowej, które zakończyły się śmiercią nagłą wskutek krwotoku z żyły szyjnej *(vena jugularis)*, przebitej owrzodzeniami ropnemi.

Z nowotworów mózgowych wymienić wypada mięsaki, wsporniaki (*gliomata*), wreszcie tętniaki i kilaki dają powód do nagłej śmierci. Tętniaki tętnic mózgowych zdarzają się nietylko u osób starszych, lecz także i u dzieci; Oppe [2]) opisał w ubiegłym roku dwa przypadki tętniaków tętnicy podstawowej mózgu u 5. i 7-letniego chłopca.

W krakowskim zakładzie sądowo-lekarskim znaleziono udar mózgowy i guzy w sześciu przypadkach nagłej śmierci. W jednym z nich znaleziono w zwłokach kobiety, 40 lat liczyć mogącej, mięsak, zajmujący prawie całą półkulę prawą mózgu; w drugim zaś, tyczącym się zwłok mężczyzny 60 lat liczącego, istniały obok wielu zmian kiłowych, kilak przysadki mózgowej (*hypophysis*) i wynaczynienia w okolicy zagłębienia (*vallecula*) i rowka Sylwiusza.

Śmierć nagła wskutek uduszenia nastaje najczęściej wskutek przytkania dróg oddechowych ciałami obcemi, które nie dopuszczają wolnego dopływu powietrza do płuc; czasem nastaje ona wskutek ograniczenia powierzchni oddechowej w płucach, wywołanego sprawą zapalną w pęcherzykach płucnych, albo uciśnięciem płuc, lub też wykluczeniem znaczniejszego obszaru tętnicy płucnej przez zatory.

Śmierć z przytkania dróg oddechowych nastaje tak szybko, iż możnaby ją pod tym względem porównać z śmiercią przez rażenie piorunem. Nie zawsze jednak nastaje śmierć w tych przypadkach tak szybko, gdyż to zależy od szybkości i dokładności odcięcia powietrzu dostępu do płuc. Najprędzej następuje śmierć, jeżli ciało obce stałe n. p. kawałek mięsa podczas połykania, wpadnie do krtani i w niej utkwi zamykając szczelinę oddechową. Czasem nazbyt wielki kęs pokarmowy utkwi w połyku i przez ucisk zamknie tchawicę; podobny przypadek opisał Tourdes [3]). Najczęściej giną ludzie tym rodzajem śmierci z uduszenia w czasie wymiotów, zwłaszcza, jeżli są znieczuleni n. p. w czasie narkozy chloroformowej, w okresie ostrego upojenia alkoholem lub w pierwszym okresie otrucia tlenkiem węgla. W tych bowiem sprawach nie zamyka się sposobem odruchu znieczulona nagłośnia w chwili, gdy treść żołądka dostaje się do jamy ust.

Bardzo często można napotkać podczas sekcyi treść żołądkową w krtani i tchawicy, gdyż, jak to wykazał prof. Engel [1]) w Wiedniu, może miazga pokarmowa z żołądka wtargnąć do dróg oddechowych także i po śmierci; zdarza się to w zwłokach, znacznie zgniłych, wskutek parcia gazów gnilnych w jamie brzusznej, a zdarza się także i w zwłokach świeżych, jeżli żołądek jest wypełniony treścią płynną, a wywrze się ucisk na okolicę jego n. p. przy rubasznem przenoszeniu i układaniu zwłok na stół sekcyjny.

Aby uniknąć pomyłki w rozpoznaniu, czy treść żołądkowa dostała się za życia lub po śmierci do dróg oddechowych, wystarczy uwzględnić następujące okoliczności: 1) przyczynę śmierci; albowiem w przypadkach, w których przyczyną śmierci było uduszenie się aspirowaną treścią pokarmową, sekcya daje wynik ujemny co do przyczyny śmierci, krew w zwłokach jest płynną, pod opłucną znajdują się zazwyczaj wynaczynionki, nadto są i inne zmiany przemawiające za uduszeniem; 2) treść pokarmowa aspirowana za życia wnika najczęściej aż do drobnych rozgałęzień oskrzeli, a można ją nawet zobaczyć na przekroju płuca za uciskiem; jeżli natomiast treść owa dostała się do tchawicy już po śmierci, wówczas nie wnika nigdy tak głęboko, aż do drobnych oskrzelków [4]). 3) Treść aspirowana za życia wywołuje przez drażnienie krtani, tchawicy i płuc zmiany odczynowe jak żywe nastrzyknięcie naczyń w błonach śluzowych, przekrwienie płuc i t. d. 4) Wywiady, czy zwłok nie ugniatano, lub stwierdzenie znacznej zgnilizny.

Znane są przypadki uduszenia, w których ciałem obcem, dostającem się do dróg oddechowych była krew lub ropa z tętniaków przebijających oskrzela, względnie z ropni. I tak opisuje Gerhardt przypadek tętniaka tętnicy głównej, który przetarłszy ścianę tchawicy pękł [1]), Miraillie przypadek tętniaka tętnicy głównej, który przebił ścianę prawego oskrzela i pękł [2]), Lesser [3]) przypadek podobny do przypadku Gerhardta i t. d. Czasem następuje uduszenie się krwią podczas nagłego a znacznego krwotoku płucnego w przebiegu gruźlicy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Cerebral abscess; slight symptoms; sudden death. — Schmidts Jahrb. T. 234. 1892.

[2]) Schmidts Jahrb. T. 234. 1892.

[3]) Vibert: Précis i t. d.

[4]) Hofmann-Paltauf. Ueber den Tod durch Ertrinken. Wien. Bougier w Method. d'expert. Brouardela i Ogiera.

[1]) Aortenaneurysma mit Durchbruch in die Luftröhre. Virchows Archiv f. Physiol. i t. d. 1891. CXXV.

[2]) Miraillie. Anévrysme de l'aorte i t. d. Schmidts Jahrb. 1892. T. 235.

[3]) Vierteljschr. f. ger. Med. 1888.

Carl v. Noorden, Privatdocent in Berlin: **Lehrbuch der Pathologie des Stoffwechsels für Aerzte und Studirende.** Berlin 1893 r. stronnic 492.

Zdawałoby się napozór, że to uczone dzieło wyłącznie będzie poświęcone teoretycznym wywodom w kwestyi przemiany materyi i że znajdziemy w niem tylko suche cyfry, chemiczne formułki i cytaty z uczonych ksiąg lekarskich. Tymczasem przezwyciężywszy wstręt do książki, jesteśmy sowicie nagrodzeni, bo co krok spotykamy się z praktycznemi uwagami i wskazówkami dla lekarza na podstawie najnowszych badań naukowych, a tembardziej zalecałbym lekarzom na prowincyi przeczytanie tego dzieła, ponieważ w ostatnich czasach dużo zmieniło się w poglądach na przebieg spraw chorobowych na podstawie nowszych zdobyczy we wszystkich gałęziach medycyny a w wielu razach trzymają się lekarze starsi dawniejszych zasad i postępowania przy łóżku chorego, co już dziś nie daje się pogodzić z nauką i jest lekarskim błędem lub anachronizmem. Wogóle nasza medycyna wewnętrzna zanadto jest konserwatywna i nieraz hołduje zasadom dawno już przestarzałym i niemogącym być naukowo wytłomaczonym, bojąc się, nie wiem dlaczego, odrazu przyswajać sobie wszystko to, co się okazało istotnie dobrem.

Lekarz będący *au courant* nowszej literatury znajdzie w tem dziele bardzo wygodne zestawienie ważnych szczegółów, rozrzuconych po tysiącznych pracach, mających wielką wartość i zastósowanie praktyczne, lekarz zaś praktyk nie mogąc śledzić postępu nauki odświeży sobie dawniejsze zasady i wiele nowych, cennych wskazówek dla siebie uzyska. Tak np. pierwsza zaraz część fizyologiczna o trawieniu białka, skrobi, tłuszczów i soli przedstawia nowsze zdobycze na tem polu a mające swoje zastósowanie w dyetetyce chorych, która dziś już chorego nie stara się zagłodzić, lecz i owszem podtrzymuje organizm chory przez podawanie odpowiednich pokarmów, zastósowanych do zdolności trawienia i wchłaniania chorego.

Również i rozdziały traktujące dalej o przemianie materyi w stanie fizyologicznym i patologicznym, wpływie na nią ciąży, menstruacyi, o soli i wpływie wody i soli rozmaitych w dziennym obrocie są tak zwięźle i obrazowo przedstawione, naukowe dane umiejętnie wyzyskane, że i tutaj lekarz praktyczny uzyska wiele korzyści dla siebie. To też cała druga część o głodzie i niedostatecznem odżywianiu a zwłaszcza dział o gorączce i jej wpływie na przemianę materyi, na krew, narząd pokarmowy, mocz i krótki wywód terapeutyczny wynikający z tego również ma wielką wartość praktyczną i daje wyraźne wskazówki, jak należy postępować z odżywieniem chorego w chorobach gorączkowych ostrych i przewlekłych.

Pesymizmu co do bezskuteczności użycia żelaza wewnętrznie, jakiemu hołduje Bunge i jakby to z jego pracy

wypadało, autor nie podziela i owszem dowodzi właśnie na podstawie innych prac naukowych, że żelazo zostaje przez organizm wchłaniane. Inne rozdziały, traktujące o chorobach żołądka, jelit, wątroby, nerek, narządów krążenia i oddechania, oraz moczówka cukrowa, dur i inne zboczenia z nieprawidłowej przemiany materyi powstające są tutaj szczegółowo i dokładnie omawiane a przy każdej z nich zawsze obok strony naukowej uwzględniana bywa i część praktyczna. W moczówce cukrowej radzi także ograniczyć pacyenta na mięso i tłuszcze, lecz ze względu na straty, jakie chory ponosi przez niedostateczną asymilacyę mięsa i niemożność zaoszczędzenia własnego organizmu, pozwala na używanie mącznych pokarmów np. w postaci 200 grm. kartofli i 150 gramów chleba, zwłaszcza u osób, którzy przy dyecie mięsnej i tłuszczach chudną i zachodzi obawa wystąpienia *coma diabeticum.*

Szkoda tylko, że w tym rozdziale niema obszernego, krytycznego poglądu na dotychczasowe sposoby leczenia cukromoczu, bo nie wątpię, że autor posiadając taką wiedzę i otoczony tak bogatą literaturą, cytowaną w każdym rozdziale, mógłby podać wiele praktycznych wskazówek w tym względzie, nie jedno z leczenia odrzucić, czego z dzisiejszym stanem nauki nie można pogodzić.

Nie mniej interesujący jest rozdział omawiający otyłość i *arthritis uratica* i tutaj odnajdzie każdy z nas dla siebie wiele nowych szczegółów.

Ramy tego sprawozdania nie pozwalają mi na przytoczenie wielu jeszcze zalet, jakie mi się nasunęły podczas czytania tej książki, a skończywszy ją raz, chętnie się zabieram do przestudyowania jej na nowo i toż samo mogę polecić każdemu z kolegów, któryby chciał się bliżej zaznajomić z postępem nie tylko w ogólnej dyetetyce, lecz i w leczeniu chorób. *Dr. J. Surzycki.*

Terapia.

Ziemssen: O znaczeniu dyagnostycznem i terapeutycznem punkcyi przewodu kręgowego.

Przed dwoma laty na kongresie medycyny wewnętrznej doniósł po raz pierwszy Quincke o swych próbach z punkcyą przewodu kręgowego a wrażenie sprawione tem doniesieniem skłoniło Ziemssena do doświadczenia tego sposobu w nagminnem zapaleniu opon mózgordzeniowych, w zapaleniu gruźliczem tychże opon, w puchlinie głowowej *(hydrocephalus)*, w guzach mózgu i chorobach rdzenia pacierzowego.

Punkcya przewodu kręgowego nie przedstawia żadnych trudności, jeżeli się idzie za przepisem danym przez Quinckego, t. j. ułoży chorego na bok ze zgiętą jak najbardziej ku przodowi częścią lędźwiową stosu kręgowego i wbije igłę między 3. a 4. lub 4. i 5. łukiem kręgu lędźwiowego obok wyrostka kolczystego na głębokość 5 do 6 ctm. Zapuszczanie igły ma się odbywać powoli wśród macania, ażeby ominąć brzeg łuku kręgowego. Do małej tej operacyi konieczną jest zdaniem autora narkoza chloroformowa, jeżeli tylko chorzy są przytomni, gdyż w przeciwnym razie mimo swych obietnic rzucają się gwałtownie, prostują zgięty stos kręgowy i udaremniają cały zabieg.

Wszystkie punkcye autora miały skutek dodatni.

Jeżeli ucisk na mózg jest znaczny, wypływa ciecz mózgo-rdzeniowa w kształcie łuku, w przeciwnym razie wydobywa się kroplami. Jeżeli powiększenie się ucisku na mózg nie jest zapalne, ciecz wypływająca ma wszystkie przymioty prawidłowego płynu mózgordzeniowego. W przypadku ostrego zapalenia opon mózgordzeniowych w końcu pierwszego tygodnia choroby wydobyto 60 cm. sz. cieczy pod znacznem ciśnieniem wypływającej, mlecznej, ze strzępkami wypocinowemi, pod względem bakteryologicznym zupełnie obojętnej. W trzy dni później otrzymano za powtórną punkcyą 70 cm. płynu całkiem prawie przeźroczystego, bez strzępków, w pięć dni po tej drugiej punkcyi płyn wydobyty był znowu dobrze mętny.

Działanie każdej punkcyi na podmiotowe dolegliwości chorych, szczególnie na ból głowy, było pomyślne.

W przypadku daleko już zaszłego zapalenia gruźliczego opon na podstawie czaszki wydobyto 91 cm. sz. płynu przeźroczystego, chory jednak nie odzyskał przytomności. — W przypadku nacieku gruźliczego móżdżku a w małym stopniu i mózgu po kilku punkcyach i wydobyciu płynu przeźroczystego objawy ucisku mózgowego ustąpiły całkiem, mianowicie zniknął zupełnie ból głowy, pacyent chodził swobodnie, jadł z apetytem i skarżył się tylko na coraz większe upośledzenie wzroku jako następstwo zaniku nerwu wzrokowego. Umarł dopiero po 8 tygodniach na ostre zapalenie płuc gruźlicze.

W jednym przypadku zapalenia opon surowiczego lub guza w mózgu z bardzo gwałtownemi bólami i zawrotami głowy, napadami padaczkowatemi i obrzmieniem zastoinowem tarcz nerwów wzrokowych zrobiono w 15 dniach 5 razy punkcyą; chory stopniowo pozbywał się bólu głowy i w stanie znacznie polepszonym opuścił szpital piechotą z lekkiemi napadami padaczkowatemi, skłonnością do wymiotów i wzmagającem się coraz bardziej upośledzeniem wzroku.

Z tych postrzeżeń wnosi Ziemssen, że w punkcyi przewodu kręgowego mamy nadzwyczaj skuteczny środek do zmniejszenia ucisku na mózg, że jednakowoż nie można jeszcze dotychczas wyrzec nic stanowczego o jego działaniu terapeutycznem.

Pod względem dyagnostycznym można spodziewać się, że punkcya w zapaleniu opon mózgordzeniowych pozwoli wejrzeć bliżej w istotę sprawy zapalnej a mianowicie w naturę sprawiających je drobnoustrojów, pod względem terapeutycznym da możność wprowadzania leków wprost do przewodu kręgowego i otworzy tym sposobem nową drogę dla leczenia chorób mózgu i rdzenia pacierzowego.

Szkodliwego działania ubocznego punkcyi autor nie widział ani razu jak również żadnej reakcyi z wyjątkiem przemijającej arytmii tętna niekiedy.

Odczyt ten dał powód do dyskusyi.

Bruns (z Hanoweru) z uwagi, że punkcya przewodu kręgowego działa przez zmniejszenie ucisku wśródczaszkowego, chciał zastąpić ją trepanacyą czaszki, ale doświadczenia, jakie w tej mierze zrobił z nowotworami w mózgu, nie zachęcają do dalszych prób pod tym względem. Zdaniem jego w przypadkach chorób mózgowych, gdzie rozpoznanie miejscowe nie jest możebne, najlepiej zacząć od punkcyi przewodu kręgowego.

Quincke (z Kilonii) robił dotychczas punkcyę w 22 przypadkach 41 razy. Z góry nie spodziewał się po tej operacyi żadnego skutku trwałego, ale przypisuje jej wartość dyagnostyczną, mianowicie ze względu na rodzaj wydobytego płynu, twory uorganizowane w nim, ilość białka i ciśnienia, pod którem wypływa. Prawidłowy płyn mózgordzeniowy ma ciężar gatunkowy czyli właściwy od 1·007 do 1·009 i zawiera białka $\frac{1}{2}$—1‰. Jeżeli ilość białka powiększy się od 1—2‰ (co dzieje się w zapaleniach opon tak gruźliczych, jak prostych, surowiczych), trzeba myśleć o świeżej sprawie zapalnej. Obecność krwi w płynie może mieć w pewnych okolicznościach znaczenie i być nawet do pewnego stopnnia wskazówką do operacyi w przypadkach traumatycznych. Prawidłowe ciśnienie cieczy mózgordzeniowej wynosi najpodobniej do prawdy mniej niż 150 mm. (wody), dochodzić może jednak w sprawach chorobowych do 700 mm. nie zostając wszakże w prostym stósunku do objawów podwyższenia ucisku wśródczaszkowego.

Wskazania terapeutyczne do punkcyi ograniczają się zdaniem Quinckego do ostrego zapalenia opon gruźliczego i surowiczego.

Wykonanie punkcyi jest bardzo proste; żeby się kaniula nie zatykała, zaopatruje się ją w sztylet. Można ranę punkcyjną w oponie lancetem rozszerzyć w razie potrzeby.

Ewald (z Berlina) potwierdza doświadczenia poprzednich mowców; punkcyę robi zwykłą strzykawką Pravazowską nieco większą, jak się jej używa do punkcyi opłucny.

Za każdym razem przekonał się o znacznem i natychmiast ustępującem zmniejszeniu się przypadków ucisku wśród-

czaszkowego, które jednak z natury rzeczy nie utrzymywało się.

Sahli (z Berna) podziela zapatrywania się Quinckego. Ponieważ skutek jednej punkcyi nie może być trwały, próbował osączać czyli drenować przewód kręgowy w ten sposób, iż punkcyą robił dosyć grubym trójgrańcem, przez kaniulę przeciągał kateter twardawy a po nim wydobywał kaniulę. Rzecz nie okazała się jednak praktyczną, bo chcąc zapobiedz ugniecenia kateteru przez ciężar ciała a przez to zatamowaniu odpływu cieczy, trzeba chorego trzymać ciągle w położeniu na bok a mimo tego kateter był ugnieciony przez ruchy potężnych, jak wiadomo, mięśni grzbietowych. Próbowano przeto kateteru metalowego, który atoli raz zatkał się skrzepem krwi a drugi raz przez zmianę położenia tak drażnił opony rdzeniopacierzowe, iż przychodziło do kurczów zwrotnych.

Naunyn (ze Sztrasburga) próbował sposobem Quinckego w 7 przypadkach 11 razy punkcyi i z wyjątkiem jednego, gdzie ciecz nie wypłynęła z powodu, jak się później pokazało, iż była nią gęsta ropa, nie miał żadnej trudności. Ciśnienie, pod jakiem wypływała ciecz po punkcyi, było znaczne i dochodziło w jednym przypadku zapalenia gruźliczego opon do 700 mm., w dwóch przypadkach guzów w mózgu do 500 mm. ciśnienia wody. Narkozy do punkcyi nie używał. Skutek był oczywiście tylko przemijający, ale trwał przynajmniej ½ dnia. Tętno po punkcyi było liczniejsze a bóle głowy mniejsze. Korzystnego wpływu na obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego widać nie było.

Ziemssen na zakończenie zwraca raz jeszcze uwagę na znaczenie dyagnostyczne punkcyi przewodu kręgowego dla rozróżniania rozmaitych form zapalenia opon i widzi analogię do zapalenia opłucny, gdzie się także robi punkcyą w celu dowiedzenia się, jaka jest forma zapalenia i jakie bakterye znajdują się w wypuszczonym płynie. (*Verhandlungen des XII. Congresses für innere Medicin gehalten in Wiesbaden von 12—15. April. 1893. Wiesbaden. 1893*). *D.*

Notatki terapeutyczne.

97) **W celu leczenia otyłości** zaleca F. Hirschfeld następującą dyetę w dwóch odmianach:

I.

	białko	tłuszcz	wod. węgla
		w gramach	
1. śniadanie: kawa czarna, bez cukru	—	—	—
bułka (50 gramowa)	4	—	27
2. śniadanie: 2 jaja	12	10	—
Obiad: bulion z 30 grm. (na sucho ważonemi) ryżu	4	5	24
250 grm. chudego mięsa (ważonego na surowo) gotowanego lub smażonego z małą ilością masła	53	15	—
Po obiedzie kawa czarna, bez cukru	—	—	—
Kolacya: 50 grm. séra śmietankow.	15	3	—
100 grm. chleba	7	—	55
10 grm. masła lub innej omasty	—	10	—
Razem	95	43	106

czyli 1224 kaloryj.

II.

	białko	tłuszcz	wod. węgla
1. śniadanie: kawa czarna, bez cukru	—	—	—
bułka 50 gramowa	4	—	27
2. śniadanie: bulion i dwa jaja	14	12	—
Obiad: zupa ziemniaczana	6	8	40
300 grm. (na surowo ważonych) mięsa	63	20	—
Po obiedzie: kawa czarna, bez cukru	—	—	—
Kolacya: 200 grm. chudej szynki	40	6	—
100 grm. chleba	7	—	55
Razem	134	46	122

czyli 1478 kaloryj.

Nothnagel nie mogąc odpowiedzieć na pytanie, czy brom leczy padaczkę, sądzi, że łagodzi przynajmniej napady. Z mięszaniny bromków potasu, sodu i amonu nie widzi N. korzyści i uważa bromek sodu za przetwór naodpowiedniejszy, w dawce największej na dzień, dla dorosłych od 8 do 12 gramów. Prócz bromu zaleca się tlenek cynku osobliwie u dzieci według przepisu:

98) Rp. *Zinci oxydati* 0·03
Exti belladonnae 0·03
Pulv. radd. valerianae 1·00
M. f. p. Dentur tales doses XXX.
S. Trzy razy dziennie po proszku zażywać.

U dorosłych można powoli dojść do 0·30 tlenku cynku na dawkę. (*Ther. Mtshefte. Sierpień. 1893*).

Wygodny roztwór przeczyszczający:

99) Rp. *Natrii sulfurici*
Magnesiae sulfuricae
Cremoris tartari
ãã 20·00
Solve in
Aquae destil. 1000·00
S. Zażywać po szklance rano na czczo.

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Prof. Rydygier zapytuje się Dra Kryńskiego, czy zestawił wyniki badania bakteryologicznego powietrza w klinice krakowskiej z wynikami otrzymanemi w klinice Bergmanna. Zestawienie takie byłoby ciekawem z tego względu, że w klinice prof. Rydygiera nie opatruje się zupełnie na salach chorych, w Berlinie zaś zmienia się opatrunki właśnie na tych salach.

Dr. Kryński odpowiada, że w salach chorych kliniki krakowskiej opada z powietrza na płyty mniej więcej dwa razy mniej zarodków, aniżeli w salach chorych kliniki prof. Bergmanna.

Prof. Rydygier przypomina, że kiedy przed jakimś czasem polemizował z Mikuliczem w sprawie sprayu pojawiła się nagle rozprawa Heglera, który starał się podnieść znaczenie zakażenia z powietrza. W powietrzu mają bakterye okoliczności stanowczo niepomyślne dla swego rozwoju; w prawidłowych okolicznościach jest ich dlatego w mieszkaniach prywatnych i w klinikach stósunkowo niewiele, ale podczas wojny, gdy w jednem miejscu będą się nagromadzać ropiejące rany, zakażenia z powietrza nie będzie można lekceważyć. Prof. Rydygier jest zdania, że zakażenie z powietrza niema tak doniosłego znaczenia, jakie mu dawniej przypisywano, nie posuwa jednak zapatrywania się swego w tej sprawie tak daleko, jak to czyni Volkmann.

Doc. Dr. Trzebicky (z Krakowa) przytacza, że często operuje w szpitalu wśród najgorszych warunków, czasami robi laparotomie bezpośrednio po operacyach zapalenia tkanki łącznej podskórnej (*phlegmone*) i t. p. w tej samej sali operacyjnej a nie mógł dotychczas w żadnym przypadku przekonać się o zakażeniu z powietrza.

Dr. Wehr (ze Lwowa) sądzi, że podczas wojny jest znacznie bezpieczniej operować na wolnem powietrzu, nawet wśród kurzu, aniżeli w źle odwietrzanym szpitalu. Operując w mieszkaniach prywatnych, można się nie liczyć z zakażeniem z powietrza, w szpitalach jednak trzeba uwzględniać, że w powietrzu muszą się unosić grzybki chorobotwórcze. Oczywiście znacznie donioślejszą jest sprawa zakażenia przez zetknięcie.

Prof. Obaliński uważa, że nie można zrywać zupełnie z antyseptyką. W oddziale swoim w starym szpitalu nie operuje prof. Obaliński inaczej, jak tylko antyseptycznie; w nowych gmachach, gdzie istnieje podział sal operacyjnych na antyseptyczne i aseptyczne, można bezpiecznie operować posługując się obiema metodami; w przeważnej liczbie na-

szych szpitali nie można jeszcze dotychczas przeprowadzić czystej aseptyki.

Prof. Obaliński demonstruje kilka nowych narzędzi chirurgicznych:

1) Strzykawkę Winderowską, t. z. węgierską zrobioną ze szkła i twardego kauczuku. Na tłoku umieszczoną jest obrączka z miękkiej gumy, zwiększająca i zmniejszająca tarcie tłoka o szklaną ścianę przez przykręcenie śruby. Wskutek tego urządzenia tłok się nie psuje, a strzykawka jest również aseptyczną, jak strzykawka zrobiona cała z metalu.

Prof. Rydygier uważa strzykawkę tę za stosunkowo dobrą, ma ona jednak tę wadę, że nie można jej wygotować, i że sublimat niszczy jej części gumowe.

2) Kleszcze do żeber Windlera.

3) Kleszcze do krwawnic (heromoidów).

4) Imadło Pozzego do igieł Hagedorna; imadło to odznacza się prostotą budowy.

5) Własne kleszcze do krwawnic wykonane przez Knapińskiego.

VII. Dr. Kozłowski (z Krakowa): Przedstawienie przypadku gruźlicy skóry (z demonstracyą chorej i preparatów). Przypadek, przedstawiony przez Dra Kozłowskiego, należy do rzadkich ze względu na rozmiary, jakie choroba skóry przybrała oraz na niezwyczajną formę tego cierpienia. Chora, dwudziestokilkoletnia kobieta, przedstawia liczne zmiany części miękkich i kości jako pozostałości dawniej przebytych cierpień gruźliczych. Przed 13 laty amputował jej prof. Obaliński lewe podudzie z powodu zapalenia szpiku kostnego. Obecnie cierpienie trwa od czterech lat a usadowiło się ono na prawym pośladku, który jest pokryty prawie na całej powierzchni wielkiemi, kalafiorowatemi naroślami; narośle te są przebite licznemi przetokami, w wielu miejscach wykazać można chełbotanie; z miejsc tych wydobyć można strzykawką Pravaza charakterystyczną ropę gruźliczą. W ropie tej nie udało się wykazać laseczników gruźliczych. Zaszczepiano tę ropę królikom i świnkom morskim do jamy brzusznej i do przedniej komory oka. Po kilku tygodniach wystąpiły u jednego królika i jednej świnki morskiej na tęczówce typowe gruzełki, które i mikroskopowo dały się stwierdzić i wykazano w nich laseczniki gruźlicze. W jamie brzusznej znaleziono tylko u jednego królika zapalenie włóknikowe otrzewny (*peritonitis fibrinosa*), gruzełków na otrzewnej nie można było wykazać. Z przypadku tego założono hodowle laseczników gruźliczych, zrobiono to jednak dopiero przed kilku dniami po zabiciu zaszczepionych zwierząt tak, że w hodowlach tych jeszcze nic widzieć nie można. W kawałkach skóry, wyciętych z owych narośli, wykazać można mikroskopowo typowe gruzełki, bardzo wybitne bujanie przyskórka a w przyskórku tym rozpadające się okrągłe ogniska, powstałe w podobny sposób, jak torbiele retencyjne.

Dr. Kozłowski demonstruje chorą, preparaty mikroskopowe i rysunki.

Doc. Dr. Bossowski (z Krakowa) przytacza, że przed siedmiu laty widział w klinice skórnej prof. Rosnera podobny przypadek, w którym guzowate wysepki zajmowały całą kończynę dolną od stopy do pachwiny. Podobne przypadki opisywano jako *lupus hypertrophicus*.

Dr. Wehr (ze Lwowa) przytacza, że widział również podobny przypadek, w którym zmiany nie były jednak tak wybitne, jak w przypadku, przedstawianym przez Dra Kozłowskiego i które znajdywały się na podbrzuszu. Dalej przytacza Dr. Wehr przypadek typowego *lupus hypertrophicus* na częściach rodnych i pośladku, obserwowany we Lwowie przez Dra Barącza.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, że przedstawiony przypadek tworzy obraz zupełnie odmienny od obrazu *lupus hypertrophicus*, w którym nie napotyka się tak wielkich guzów, jak w przypadku Dra Kozłowskiego. Klinicznie rozpoznał prof. Rydygier odrazu w przypadku tym gruźlicę skóry; jedynie prątków nie udało się wykazać w ropie, wykazano je później jednak w gruzełkach zwierząt, zaszczepionych tą ropą.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) dodaje, że w opisanym przypadku zmiany występują początkowo nie w powierzchownych warstwach skóry, ale głębiej; dopiero po utworzeniu się i pęknięciu takiego głębokiego ropnia występują naokoło wytworzonej przetoki owe wyrośle skórne. Można o tem przekonać się poniżej guzów pośladka, na tylnej powierzchni uda.

II. dzień zjazdu dnia 12. lipca.

Drugi dzień zjazdu rozpoczęto od zwiedzenia oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza. Urządzenia wewnętrzne szpitala tego pozostawiają wiele do życzenia; to też uczestnicy zjazdu głównie zwiedzali nowy pawilon chirurgiczny tegoż szpitala, którego budowa ukończy się dopiero w październiku r. b. Szczegółowy opis nowego pawilonu chirurgicznego nie jest potrzebny na tem miejscu, zwłaszcza, że dopiero po zupełnem wykończeniu budowy i zaprowadzeniu odpowiedniego urządzenia wewnętrznego będzie można ocenić wszystkie dobre i złe strony tego oddziału szpitalnego, o ile te ostatnie się znajdą. Tymczasem ograniczamy się do nadmienienia, że pawilon będzie urządzony na 112 łóżek; 4 wielkie sale będą mieściły po 24 łóżka, oprócz tego będzie kilka pokojów I. i II. klasy, mieszczących po jednem i po kilka łóżek. Będzie oddzielna sala operacyjna do operacyj ambulatoryjnych, t. j. wykonywanych antyseptycznie i oddzielna sala do operacyj aseptycznych. Ogrzewanie sal będzie centralne (parą), oświetlenie w salach operacyjnych gazowe, na salach chorych — naftowe. Sale chorych są bardzo przestronne i dosyć wysokie, pracownia dyagnostyczna stósunkowo mała. Wanny i klozety są umieszczone dla każdej sali oddzielnie. Wogóle zapowiada się ten nowy nabytek szpitalny bardzo dobrze; wkrótce, bo już za 3 miesiące, zostanie on oddany do użytku publicznego.

Na zjazd przybył ze Lwowa prymaryusz Dr. Ziembicki.

Posiedzenie III. z dnia 12. lipca o godz. 10. rano.

VIII. Prof. Mars (z Krakowa): Przedstawienie atlasu plastycznego operacyj ginekologicznych.

Położenie anatomiczne części rodnych kobiety jest takie, że często podczas badania ich, czy też wykonywania na nich operacyj zaledwo jeden człowiek może mieć do nich dostateczny przystęp. Jest to wielkiem utrudnieniem dla nauczyciela, gdyż demonstracya wielu operacyj jednocześnie kilku uczącym się częstokroć jest zupełnie niemożebna. Prof. Mars wykładając od wielu lat uczniom medycyny operacye ginekologiczne, początkowo radził sobie w ten sposób, że wykonywał operacye te na wyciętych częściach płciowych. Później rysował tablice. było jednak bardzo trudno uwydatnić na nich plastycznie wiele ważnych szczegółów; rysował więc operacye na naszkicowanych przekrojach części płciowych, ale i ten sposób nie zadowolił go. Przed 2-ma laty na zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie demonstrował Dr. Borysowicz z Warszawy swoją operacyę ginekologiczną na modelu glinianym; wówczas postanowił prof. Mars zastósować pomysł ten do celów dydaktycznych na szerszą skalę i rozpoczął modelowanie operacyj ginekologicznych w glinie w zamiarze złożenia całkowitego atlasu tych operacyj. Pierwszą trudnością, którą napotkał prof. Mars, było nadanie ulepionym z gliny częściom rodnym kobiecym pewnego, niejako średniego kształtu; trudność ta wynikła ztąd, że części te u rozmaitych osób są bardzo rozmaite co do wielkości, kształtu poszczególnych organów i t. d. Różnice te są tak wielkie, że, jak dowcipnie zauważył prof. Mars, często łatwiej jest poznać chorą z wejrzenia części rodnych, niż z twarzy. Znalazłszy wreszcie zasadniczą formę części płciowych, modelował prof. Mars w glinie na owej formie operacye ginekologiczne; modelowanie to było tylko niejako szkicem, który wykończał w szczegółach artysta-rzeźbiarz; następnie z modelu tego robiono odlew z gipsu. Dla łatwiejszej oryentacyi polu operacyjnemu nadano kolor czerwony. Nawet skombinowane

szwy udało się zrozumiale uwydatnić przez założenie na modelach szwów prawdziwych z twardego włosia. Prof. Mars demonstruje swój atlas, składający się z 108 pięknie wykończonych odlewów gipsowych, umieszczonych w szafie; następnie rozdaje uczestnikom zjazdu dużą broszurę in 4-to, zawierającą fotografie odlewów gipsowych, opis i tekst atlasu w czterech językach: polskim, francuskim, niemieckim i angielskim.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, jak łatwo odrazu zoryentować się w danej operacyi, mając przed sobą takie modele, których wykonaniu pod względem dokładności nie daje się nic zarzucić. Na zjeździe ginekologów we Wrocławiu w r. b. atlas ten pozyskał sobie powszechne uznanie.

Uczestnicy zjazdu z wielkiem zainteresowaniem przeglądali kolejno wystawiony atlas.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Wiadomości bieżące.

— Z przyczyny, że Dr. Odo Bujwid przenosi się na stały pobyt do Krakowa, jako profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, przechodzi stacya bakteryologiczna warszawska z instytutem leczenia wścieklizny pod kierunek Dra Palmirskiego, obecnie adjunkta tejże stacyi.

— Dr. Wacław Machnowski w Stanisławowie otrzymał posadę lekarza miejskiego w Ryglicach koło Tuchowa w powiecie Tarnowskim w Galicyi.

— P. Maurycy Hay, rodem z Galicyi, właściciel znanego zaszczytnie prywatnego zakładu krowiankowego w Wiedniu, został mianowany lekarzem takiegoż rządowego zakładu w Wiedniu i z tej przyczyny złożył koncesyę na prowadzenie swego zakładu, który też przestał istnieć.

— P. Porretowa, wdowa po senatorze francuskim, ofiarowała dwa miliony franków na założenie szpitala dla rekonwalescentów dzieci, wychodzących ze szpitali lugduńskich. Za 400000 franków zbudowany będzie w tym celu osobny gmach w Saint-Genis pod Lugdunem a procent od pozostałych 1600000 franków służyć będzie na utrzymanie zakładu, mającego pomieścić w sobie 100 dzieci.

— Czwarty międzynarodowy kongres przeciw nadużywaniu napojów wyskokowych odbywa się obecnie (od 16—18. sierpnia w Hadze w Holandyi. Przewodniczącym komitetu organizacyjnego jest holenderski minister stanu J. Heemskerk.

— W dniu 1. lipca r. b. otwarto w Wiedniu na gruncie dolno-austryackiego domu podrzutków (VIII. Laudongasse. 12) publiczny zakład rządowy dla wytwarzania krowianki. Dyrektorem jego jest Dr. Marouschek de Maróo a lekarzem, jak już wyżej nadmieniono, p. Maurycy Hay. Z tego powodu ogłasza ministerstwo spraw wewnętrznych rozporządzeniem wydanem pod dniem 4. sierpnia r. b. do wszystkich politycznych władz krajowych, że odtąd należy zgłaszać się po krowiankę i stósować wszelkie w tej mierze korespondencye do dyrektora wymienionego zakładu Dra Marouschka de Maróo a nie do zakładu p. Haya, który już dziś nie istnieje.

Stósownie do tego podaje Namiestnictwo dolno-austryackie do publicznej wiadomości, że wyrabianie, przechowywanie i rozsyłanie krowianki z wymienionego rządowego zakładu odbywa się na podstawie przepisów wydanych przez ministerstwo spraw wewnętrznych po zasięgnięciu opinii najwyższej rady zdrowia.

Cena krowianki dla osób prywatnych wraz z opakowaniem, jednak bez kosztów przesyłki, jest następująca:

Ilość w gramach	na osób	na miejsc szczepienia u każdej osoby	Cena w koronach
0·05	5	6	0·60
0·10	10	6	1·00
0·50	50	6	4·50
1·00	100	6	8·00

W razie kupowania naraz więcej, niż 10 gramów, rachuje się gram po 6 koron.

Jakkolwiek rządowy zakład krowiankowy w Wiedniu ma zawsze na składzie pewien zapas krowianki, jest rzeczą pożądaną, by z wielkiemi zamówieniami zgłaszano się na 14 dni naprzód.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych w Wiedniu wydało do wszystkich politycznych władz krajowych pod dniem 6. sierpnia okólnik w sprawie zapobiegania cholerze, w którym powołując się na rozporządzenia dawniej w tym przedmiocie wydane ponownie poleca wszystkim czynnikom powołanym do czuwania nad zdrowiem publicznem, baczyć na wszystko, co jest potrzebne do ratunku osób zapadłych na cholerę i do zapobiegania szerzeniu się epidemii a nie zapomina nawet o zapewnieniu sobie z góry zawodowej znajomości rzeczy i pomocy ze strony bakteryologów.

— **Cholera**. To, cośmy napisali w poprzednim numerze *Przeglądu lekarskiego*, iż cholera zajmuje w Europie coraz nowe obszary, potwierdza się według najnowszych wiadomości. Jakoż donoszą w ostatnich dniach o pojawieniu się nowych przypadków cholery w Rumunii w Braile, Sulinie, Czarnej Wodzie, Gałaczu, w Galicyi w Bełzcu, w powiecie nadworniańskim w Mikuliczynie, Tatarowie, Delatynie, Peczeniżynie. Wogóle było dotychczas w Galicyi 14 przypadków, z tych 7 zakończyło się śmiercią. Przypadek w Bełzcu na północnej granicy Galicyi powstał zupełnie odosobniony. O rozmiarach cholery we Francyi południowej trudno mieć należyte pojęcie, ponieważ rząd francuski nie ogłasza autentycznych raportów, na co się uskarża i słusznie *Semaine médicale*. W Neapolu, zdaje się, iż cholera występuje bardzo łagodnie; natomiast donoszą w ostatniej chwili o pojawieniu się trzech przypadków cholery w Berlinie.

— **Nekrologia. Już po zamknięciu dziennika dochodzi nas wiadomość, iż prof. Charcot, znakomity newropatolog i autor wielu nader cennych dzieł i rozpraw znacznie posuwających naprzód naukę, zmarł w dniu 16. b. m. w Paryżu przeżywszy lat 68.**

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 26. Sierpnia 1893. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel. prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał

Dr. M. Cercha,

I-szy asystent kliniki.

Minęły już, dzięki postępowaniu przeciwgnilnemu czasy, gdy ciężarne, szukające pomocy w zakładach położniczych, z obawą oczekiwały dnia porodu, gdy, mimo nieraz prawidłowego przebiegu, ginęły z gorączki połogowej, która dziesiątkowała położnice, osoby młode i zdrowe. Dziś ciężarna może ze spokojem oczekiwać chwili, w której ma spełnić wielkie powołanie kobiety, chwili, w której ma zostać matką. Mimo jednak tych świetnych zdobyczy i tryumfów, jakie nauka lekarska, jakie część jej operacyjna święci w dzisiejszych czasach, niejednokrotnie musi jeszcze niewiasta życie płodu swojem własnem opłacać a to wtedy, gdy skutkiem znaczniejszego niestósunku porodowego, poddać się musi zabiegowi operacyjnemu, który ma na celu rozwiązać matkę, ale zarazem ocalić i płód. Mam tu na myśli tego rodzaju niestósunek, gdzie płód żywy drogami naturalnemi urodzić się nie może, jedynie tylko płód pomniejszony. Jeżeli ścieśnienie przewodu rodnego jest tego rodzaju, że nawet pomniejszonego płodu nie można wydobyć bez narażenia matki na niebezpieczeństwo utraty życia, to położnikowi pozostaje jedna tylko droga, t. j. cięcie cesarskie, bez względu czy płód jest żywy, czy nie; operacya ta, bardzo dawna, zawsze w tych razach była wskazaną i wykonywaną, jak o tem wiemy z historyi położnictwa, wyniki jednak były dla matki bardzo niepomyślne. Jestto cięcie cesarskie wykonywane ze wskazania bezwzględnego, kiedy ścieśnienie przewodu kostnego jest takie, że najkrótszy wymiar wynosi mniej niż $5^{1}/_{2}$ cm.

Z biegiem czasu a mianowicie już w drugiej połowie naszego wieku, dzięki ulepszeniu metod cięcia cesarskiego podanemu przez Porrę (1876) we Włoszech, który ogłosił sposób swój cięcia cesarskiego z wycięciem macicy, dzięki Saengerowi i Leopoldowi, których nazwiska w historyi cięcia cesarskiego złotemi zapisane są głoskami a którzy przez podanie ulepszonego sposobu zeszycia macicy, wprowadzili tę, dotąd taki postrach wzbudzającą operacyę, na nowe tory i wywalczyli jej prawo obywatelstwa, skoro się przekonano, że wyniki tej operacyi mogą iść w zawody z innemi tego rodzaju zabiegami położniczemi, wskazania do cięcia zaczęto rozszerzać i robiono je i tam, gdzie płód żywy pomniejszony mógł się urodzić. Dla ominięcia więc wymóżdżenia na płodzie żywym robiono cięcie cesarskie w tym przypadku dla wskazania względnego, oczywiście tylko wtedy, gdy czas do wzniecenia porodu przedwczesnego minął, t. j. z końcem ciąży. Sposobu tego używano przy miednicach ścieśnionych, gdzie najmniejszy wymiar wynosił $8^{1}/_{2}$—$5^{1}/_{2}$.

Mimo pomyślnych wyników, jakie otrzymywali niektórzy operatorowie w dobrze urządzonych zakładach, gdzie dały się przeprowadzić wszelkie wymagania postępowania przeciwgnilnego i bezgnilnego, zawsze cięcie cesarskie pozostało operacyą bardzo ciężką, na którą nie każda pisała się niewiasta. Nawet tacy operatorowie, którzy zakreślali najszersze pole wskazań cięciu cesarskiemu, jak n. p. Leopold, zawsze uważają otwieranie dwóch dróg nienaturalnych, t. j. jamy brzusznej i macicy za zabieg nader niebezpieczny i chętnie też zastąpiliby go innym, gdyby tylko wyniki były równie dobre. I tak mówi Leopold: „*So nothwendig der Kaiserschnitt bei unbedingter Anzeige ist, in den Fällen von bedingter Anzeige, von jeher, als ein höchst misslicher Nothbehelf gegolten und immer wieder die Aufmerksamkeit auf die geschickte Verwerthung der natürlichen Geburtswege gelenkt*“ [1]).

To też, jak dawniej kruszono kopie w obronie cięcia cesarskiego, tak dziś skoro się na horyzoncie pojawiła inna gwiazda a raczej weszła na nowo, dziś wszyscy z gorączkowym pośpiechem pełni entuzyazmu dla nowej lub raczej

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 30. 1892.

wznowionej operacyi, chcą ograniczyć *ad minimum* wskazania do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego a zastąpić je nie równie łatwiejszem i mniej niebezpiecznem cięciem łonowem (*symphyseotomia*). Gdy ten zabieg, dziś modny, coraz większe zyskuje uznanie, nawet między tymi, co pisząc prace o operacyach położniczych albo go pominęli, albo potępili, godzi się pokrótce wspomnieć o jego historyi.

Pierwszą myśl przecinania spojenia łonowego podał we Francyi w 1774 r. Sigault, naówczas jeszcze student uniwersytetu paryskiego a w czyn ją wprowadził w r. 1777 w Paryżu. Historya jednak wspomina, że już starożytni wiedzieli, że pierścień miedniczy kostny pod koniec ciąży i podczas porodu może się nieco rozszerzyć pod wpływem napierającej części poprzedzającej, ba, nawet przecinać miano dziewczętom spojenie łonowe, aby im ułatwić sprawę porodu. Zdaje się, że Sigaultowi wzmianki te historyczne obcemi nie były. Po wykonaniu tej operacyi, po której matka i dziecko wyszły cało, Sigault stał się przedmiotem owacyi a wielu położników wykonało ją po nim z mniej lub więcej pomyślnym wynikiem.

O dalszym losie tego zabiegu rozstrzygnął słynny Baudelocque, który wydał o nim bardzo niekorzystny sąd, twierdząc, że albo matkę ocala się kosztem życia dziecka, lub dziecko kosztem życia matki; tam zaś, gdzie ocalono obydwoje, cięcie łonowe było zbyteczne; dalej zarzucał operacyi, że jeżeli osiągniemy dostateczny rozstęp, natenczas pękają więzadła krzyżowo-biodrowe a nawet stawy; tam zaś, gdzie tego niema, rozstęp jest za mały, aby przy znacznem ścieśnieniu wydobyć płód żywy; nadto obrażenia pęcherza, pochwy, sromu są następstwem tej operacyi.

Za Baudelocquem poszli inni i tak operacya Sigaulta poszła naprzód na tej ziemi, na której się zrodziła, prawie na całe sto lat w zapomnienie. W całej Europie potępiano ją tak, jakby już nigdy więcej nie miała podźwignąć głowy. Wszyscy autorowie, piszący podręczniki lub dzieła o operacyach położniczych, z pewną nawet dozą ironii wyrażają się o tej operacyi i tylko wspominają o niej ze stanowiska historycznego.

Dosyć wymienić nazwiska Baudelocqua, Dubois, Dezormeaua we Francyi, Negelego, Kiliana, Scanzoniego, Siebolda, Fritscha, Kehrera w Niemczech; wszyscy oni wyrażają się o operacyi nieprzychylnie.

We Włoszech tylko przez całą setkę lat pozostał zabieg ten w spisie operacyj położniczych, co więcej, tu właściwie został po raz pierwszy na żywej osobie wykonany. Domenico Ferrara bawiący w r. 1774 w Paryżu, posłyszał z ust Sigaulta o cięciu łonowem i zaraz po powrocie wykonał je z pomyślnym wynikiem na ziemi włoskiej. Wytrwałość Włochów, ich badanie i doświadczenie dokonane na trupach, jak również pomyślne wyniki operacyj w szkole neapolitańskiej, na czele której stoją Moricani, Spinelli i Novi, sprawiły to, że od niedawna zabieg ten stał się przedmiotem roztrząsań naukowych, doświadczeń i badań nowych, stał się głównym tematem zjazdów ginekol. i ogólno lekarskich (Wrocław, Rzym 1893) i że z każdym dniem zyskuje coraz to nowych zwolenników między położnikami, że zabieg ten zapomniany, zrobił wielki przewrót w nauce o operacyach położniczych i ma wyrugować w zupełności wymóżdżenie na płodzie żywym a ograniczyć znacznie cięcie cesarskie ze wskazania względnego.

W ostatnich latach, gdy operacya ta we Włoszech narobiła rozgłosu, i Francya znowu zwróciła na nią uwagę i pracuje nad tem, aby jej zapewnić niczem nie odebrane laury zwycięstwa. W tej pracy najbardziej czynni są: Charpentier, Pinard, Varnier, Farabeuf. I Niemcy także nie pozostali w tyle za innymi; tu nawet ci, co przedtem należeli do zwolenników cięcia cesarskiego, przyznają dziś cięciu łonowemu wiele zalet i wykonywają je, wydając bezstronny sąd o wartości operacyi. Leopold, Freund, Zweifel, Wehle, Müllerheim i inni opisali przypadki cięcia łonowego, w których otrzymali pomyślne wyniki.

Dziś prawie każdy dzień przynosi nam nowe spostrzeżenia; kliniki, jakby na wyścigi, jedna przed drugą chcą zebrać doświadczenia i na tej podstawie wydać wyrok a tem samem przyczynić się do ujęcia w pewną całość zaokrągloną wskazań i przeciwwskazań do wykonania cięcia łonowego. Tym tylko sposobem przejdzie zabieg przez próbę ogniową i albo z niej wyjdzie zwycięsko, albo, tak jak to z wieloma dzieje się nowościami, zostanie tylko po niem wspomnienie.

Każdy też choćby najmniejszy przyczynek należy notować chętnie i skrzętnie; statystyka bowiem jedynie wykaże nam niezaprzeczenie, czego się po operacyi spodziewać należy. Z niej przekonamy się o tem, jakie i kiedy właściwie istnieje wskazanie do operacyi; ona zakreśli tej operacyi pewne granice, których przekraczać się nie godzi, jeżeli nie chcemy albo matki poświęcić, albo narazić się na zarzut, że operowaliśmy tylko dlatego, aby operować. Dziś jest ona jeszcze za szczupłą; jednak, jak dotąd przedstawia się bardzo pomyślnie. Co będzie dalej, czas najlepiej okaże.

Aby módz choć w przybliżeniu postawić jakieś punkta odnoszące się do wskazań, muszę tu wspomnieć o zapatrywaniach się pod tym względem przynajmniej wybitniejszych operatorów od czasu powstania operacyi aż do dni ostatnich.

Ferrara i Sigault nie określają ściśle wskazań; wykonywali oni cięcie łonowe w takich przypadkach, w których poprzednie porody odbywały się bardzo ciężko a dzieci zawsze były nieżywe; były to więc przypadki znaczniejszego niestósunku porodowego.

Ponieważ zabieg przez następny szereg lat poszedł w zapomnienie, przeto też nikt nie zastanawiał się nad wskazaniami i w podręcznikach czyta się zwykle, że tam, gdzie trzeba przystąpić do wymóżdżenia na płodzie żywym, można wykonać cięcie cesarskie dla wskazania względnego, albo operacyę polegającą na przecięciu spojenia łonowego, lecz zaraz znajduje się mały dodatek, że ten ostatni zabieg raz już powinien być wyrugowanym z liczby operacyj położniczych. Ponieważ tylko Włosi pracowali wytrwale i nie dali się odstraszyć i ponieważ neapolitańska szkoła jest tem schroniskiem, w którem zabieg się ostał, przeto z tej szkoły wyszły poglądy oparte na doświadczeniu a ztąd szkoła ta zakreśliła ściślejsze granice, w których zabieg można wykonać z pomyślnym wynikiem dla obu istot.

Za Moricanim, przedstawicielem poglądów uniwersytetu i za Novim, przedstawicielem poglądów szpitalnych w Neapolu — poglądy te różnią się od siebie nieco co do rozciągłości granic wskazań — poszli dopiero Francuzi i Niemcy, którzy ogłaszając przypadki operowane, dodawali ze swej strony pewne uwagi, mające na celu albo ugruntowanie poglądów autorów włoskich, albo też ograniczenie i ścieśnienie granic wskazania.

Zapatrywania się na cięcie łonowe i wskazania do niego szkoły neapolitańskiej, przedstawił w pracy swej Charpentier (*De la symphyséotomie. 1892*), przy czem przedstawił nam wogóle postępowanie przy niestósunku porodowym. W pracy tej, która jest wynikiem pobytu jego we Włoszech, gdzie miał sposobność w rozmowie poznać poglądy Moricaniego i Noviego, gdzie naocznie przekonał się o wynikach po tej operacyi, przytacza on w zwężeniach miednicy dwa rodzaje przypadków.

1) Skoro ciąża nie dobiegła do kresu, należy wywołać poród przedwczesny w okresie, gdy płód zdolny już jest do życia pozamacicznego. W ten sposób ocalamy dziecko, matkę zaś uwalniamy od następstw, jakie towarzyszą długotrwałemu porodowi.

2) Jeżeli poród odbywa się na czasie a kleszczami lub obrotem nie można go ukończyć pomyślnie, to albo należy płód pomniejszyć albo wykonać cięcie cesarskie. Pomniejszając płód, ratujemy matkę kosztem życia dziecka; cięcie cesarskie zaś, mimo znakomitych ulepszeń, zawsze pozostanie operacyą poważną (9% śmiertelności Leopold).

Ideałem naszych dążeń powinna być, mówi Charpentier, operacya pozwalająca uratować i dziecko i matkę. Operacyi takiej dziś nie mamy, ale mamy coś bardzo do niej zbliżonego, t. j. cięcie łonowe.

Jeżeli cięcie łonowe ma spełnić swoje zadanie, to należy się zapytać, czy po jego wykonaniu rozmiary miednicy się powiększają? Że tak jest, to mamy dowód w pracach Bouchacourta, Pinarda, Palossana, Varniera i Farabeufa. — Udowodnili oni na zwłokach kobiet, że po przecięciu spojenia wszystkie wymiary i wchodu i jamy miednicy małej się powiększają.

Pinard na podstawie swych badań przyszedł do następujących wniosków, które zbiły dumne zapatrywania wypowiedziane przez Baudelocqua.

1) Powiększenie wymiarów miednicy po przecięciu spojenia łonowego jest dosyć znaczne.

2) W pewnych granicach i umiejętnie wykonane cięcie łonowe, nie wywołuje szkodliwych następstw, szczególnie pęknięcia stawów krzyżowo-biodrowych.

Teraz powracam do wskazań, jakie zakreśla szkoła neapolitańska dla cięcia łonowego i do różnicy, jaka zachodzi między uniwersytetem a szpitalem.

Moricani, przedstawiciel uniwersytetu, jako granicę, w której można wykonać z pomyślnym skutkiem cięcie łonowe, stawia miednice, których wymiar prosty wchodu wynosi 8·8—6·7 a nawet 6·5 cm. Poniżej tej granicy wykonywa on cięcie cesarskie; jest to zasada, od której pod żadnym nie odstępuje warunkiem. Novi, przedstawiciel szpitala, idzie dalej i robi operacyę jeszcze tam, gdzie wymiar prosty wynosi 5·4 cm. Nadto chętnie łączy cięcie łonowe z wywołaniem przedwczesnego porodu lub wymóżdżenie z cięciem łonowem, gdy płód jest nieżywy, aby ominąć cięcie cesarskie. Obydwaj jednak godzą się na to, że miednica nie powinna być zbyt ścieśniona, bo wtedy, nawet po dokonaniu cięcia łonowego, operacya kleszczowa lub wydobycie płodu za nóżki, pozostaną tak dla matki jak i dla płodu niebezpieczne, nie osiągniemy więc zamierzonego celu; z drugiej strony musi istnieć pewnego stopnia ścieśnienie, aby operator nie naraził się na zarzut, że dokonał cięcia łonowego tam, gdzie poród odbyć się mógł siłami natury lub innym łatwiejszym zabiegiem. Dziecko naturalnie powinno być żywe, bo cięcie łonowe ma na celu ocalenie płodu.

To byłyby mniej więcej zasady wskazań szkoły neapolitańskiej. A teraz muszę przytoczyć zdania autorów i operatorów innych, którzy, może z mniejszym entuzyazmem, i powiem, z pewnem niedowierzaniem przystępowali do operacyi a przez to sąd ich o zabiegu możemy uważać za bezstronny. (C. d. n.)

II. Osutki jodowe.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

(Dok. Patrz Nr. 33).

d) Osutka jodowa z guzów i nacieków usadowionych w skórze złożona (*dermatitis tuberosa*), od niedawnego dopiero czasu opisana i w ostatnich latach dość często napotykana sadowi się w rozmaitych okolicach ciała; najczęściej jednak siedliskiem jej bywa skóra twarzy i odnóg dolnych. Rozmaitej wielkości, postaci i kształtu guzy i nacieki jodowe wielce przypominają guzy rumienia węzłowatego (*eryth. nodosum)*, często ulegają wessaniu, niekiedy jednak przetwarzają się w ropnie lub narośle brodawczate, rzadziej zaś ulegają owrzodzeniu; wymienione wyrzuty w rzadkich przypadkach sadowią się pod skórą; najczęściej w tkance skóry właściwej i pozostawiają zwykle po sobie ciemno brunatne plamy, rzadziej blizny.

e) Osutka jodowa krwotoczna przyłącza się zwykle do innych postaci osutki jodowej, rzadziej zaś występuje samoistnie, znamionując się wtedy pojawianiem się na skórze licznych plamek krwotocznych ciemnoczerwonej lub fiołkowej barwy, nie znikających pod uciskiem palca; osutka plamkowa krwotoczna zajmuje większe obszary skóry i przeważnie napotyka się u osób osłabionych, wycieńczonych, niedokrewnych, schorzałych. Zwykle występuje już po zadaniu małych dawek przetworu jodowego; ulubionem siedliskiem krwotocznej osutki jodowej bywają odnogi dolne; rzadziej zaś występują wyrzuty na tułowiu i górnych odnogach lub też zajmują całe ciało. W niektórych przypadkach osutki jodowej pokrzywczanej, grudkowej, krostkowej i guzowej niektóre wyrzuty miejscami przeobrażają się w krwotoczne; treść wtedy bąbli, pęcherzy, guzów i krostek zmieszaną jest z ciemną krwią; rzadziej zaś wykwity grudkowo-krostkowe i guzowe powstają na powierzchni plam krwotocznych.

Najczęściej osutce jodowej wcale nie towarzyszą żadne ogólne objawy; w niektórych jednak przypadkach rozległej osutki poprzedza ją lub towarzyszy jej przez 2—3 dni gorączka, bóle głowy i w członkach, brak apetytu, przyspieszenie tętna itd. Osutka jodowa rzadko też niepokoi chorego; niekiedy jednak wyrzuty rumieniowe, pokrzywczane lub pęcherzycowe wywołują uczucie pieczenia lub swędzą.

Przebieg osutek jodowych, najczęściej łagodny, wcale nie zagraża ogólnemu stanu zdrowia chorego. Napotykają się jednak przypadki, w których rozległa osutka pęcherzycowa lub guzowa może sprowadzić znaczne wycieńczenie ustroju, a nawet i śmierć, co jednak zdarza się tylko wtedy, gdy u chorych obok zmian na skórze znajdują się poważne przewlekłe zboczenia i zwyrodnienia nerek, serca lub innych ważnych organów wewnętrznych (przypadki Berga, Mackenziego, Mequira, Hallopeaua, Pellizzarego, Wolffa i Morrowa).

Rozróżnienie osutek jodowych od rozmaitych innych chorób skórnych nie jest zawsze łatwe wobec wielopostaciowości wyrzutów jodowych, jakoteż wskutek podobieństwa niektórych wykwitów do osutek kiłowych, z któremi tembardziej łatwo można pomieniać wyrzuty kiłowe, że zwykle przetworów jodowych używa się w kile a więc nierzadko można napotkać na skórze osoby kiłą nawiedzonej, poddanej leczeniu jodowemu, sąsiadujące z sobą wykwity kiłowe i jodowe. Oprócz tego, osutkę jodową trudno niekiedy odróżnić od trądzika pospolitego (*acne vulgaris*), osutki bromowej, pęcherzycy (*pemphigus vulgaris*), czyraków (*furunculus*), wyprysku (*eczema*), rumienia wielo-postaciowego i węzłowatego (*eryth. multif. et nodosum*), i od *mycosis fungoides;* szczególniej zaś trudno będzie rozpoznać osutkę jodową wtedy, gdy o podawaniu poprzedniem jodu z jakichbądź powodów nic nie wiemy.

Wobec trudności rozpoznania osutek jodowych w niektórych wątpliwych przypadkach wymienimy tu właściwe cechy, wyróżniające osutkę jodową od innych pokrewnych lub podobnych z wejrzenia zboczeń skóry. Osutkę grudkowo-krostkową jodową w początkowym okresie jej rozwoju pomienić niekiedy można z wykwitami trądzika pospolitego, smołowego i krostami bromowemi, tudzież z osutką liszajcową (*impetigo larvata*). Dla rozróżnienia wymienionych chorób skórnych pamiętać należy, iż wyrzutom trądzika pospolitego towarzyszą zwykle inne niezapalne zmiany gruczołów skórnych (*milium, comedo, seborrhoea*); nadto przebieg osutki jodowej bywa zwykle ostry, gdy wykwity trądzika pospolitego pojawiają się peryodycznie i w dość długich odstępach czasu; oprócz tego nie należy też zapominać, iż osutce jodowej z początku towarzyszą często objawy podrażnienia w błonach śluzowych nosa, ust i t. d. Wyrzuty trądzika smołowego występują zwykle gromadnie w rozmaitych okolicach ciała i w każdej krostce z osobna widać na szczycie czarny punkcik, którego w krostkach jodowych nie bywa wcale; osutka zaś bromowa wyróżnia się powolnym przebiegiem i początkowem usadowieniem się wyrzutów w okolicach włosami pokrytych na głowie i odnogach dolnych. Od liszajca odróżnia się osutka krostkowa jodowa pojedynczo rozrzuconymi wyrzutami, które na oko ściśle są ograniczone i nie skupiają się w gromadki; wykwity zaś liszajca naodwrót układają się zwykle w nieregularne gromadki, sadowią się przeważnie na twarzy i otoczone są często mniejszemi krostkami; od wyrzutów trądzika kiłowego (*acne syphilitica*) wyróżniają się krostki jodowe towarzyszącemi im objawami zapalnemi i ostrym przebiegiem; trądzik kiłowy sadowi się na rozmaitych okolicach tułowia i odnóg, układając się zwykle w gromadki, złożone z rozmaitej wielkości krostek i tworzące koła, obrączki, półkola i t. p. regularne figury; osutka zaś jodowa krostkowa znamionuje się rozrzuconemi przeważnie w górnej połowie ciała wyrzutami, nie występuje gromadnie i nie układa się nigdy w regularne postacie i figury.

Plamistą rumieniową postać osutki jodowej, tudzież plamicę krwotoczną jodową łatwo pomieniać z wykwitami rumienia wielopostaciowego i plamami *purpurae haemorrhagicae,* gdyż morfologiczne wejrzenie wymienionych osutek jest jednakie; zmiany te można rozróżnić jedynie, posługując się wywiadami i szybkim przebiegiem właściwym plamistym postaciom schorzenia jodowego skóry.

Pęcherzycowa i guzowa postać osutki jodowej są najtrudniejsze do rozpoznania; na dowód mogą służyć liczne przypadki, w których cierpienie skóry jodowe rozpoznano i leczono jak osutkę kiłową, dalej Bergh opisał wyrzuty guzkowo-pęcherzycowe jako nieznaną dotąd nową postać cierpienia skórnego pod nazwą *pessena.* Guzy i nacieki osutki jodowej są podobne do czyraków, ognika, guzów rumienia węzłowatego, nowotworów i nacieków *mycosis fungoides* lub też do kilaków; cechują się jednak wykwity osutki guzowej jodowej wielopostaciowością i obecnością objawów zapalnych, których brak nowotworom i kilakom skórnym; ostry zaś przebieg pęcherzycy jodowej i umiejscowienie się przeważnie na twarzy i górnych odnogach odróżniają ją od zwykłej pęcherzycy (*pemphigus vulgaris*), nadto osutce pęcherzycowej jodowej już z początku towarzyszą zwykle ogólne objawy (gorączka, upadek sił i t. d.). Nadmienić tu jednak należy, że w braku dokładnych wiadomości z anamnezy o zażywaniu poprzednio jodu, jakoteż w przypadkach mięszanej osutki jodowo-kiłowej rozróżnić obie postacie bardzo trudno. Dopiero dalszy przebieg objawów skórnych i skutki leczenia naprowadzają nas na prawdziwą drogę; w niektórych zaś przypadkach osutki nie rozpoznaje się wcale. Pęcherzycę jodową łatwo też pomieniać w początkowym jej okresie z wykwitami ospy; tem bardziej pomyłka jest tu możebna, gdyż wyrzutom pęcherzycy jodowej towarzyszą często ogólne objawy, pęcherze zaś sadowią się przeważnie na twarzy, co też spostrzega się w osutce ospowej.

Patogeneza powstawania osutki jodowej pomimo tego, iż kazuistykę w tym względzie dość licznie opracowano, jest dotychczas bardzo mało rozjaśniona; nie brakuje nam wprawdzie niejakich wskazówek, za których pomocą można nawiązać osnowę okoliczności, wśród jakich powstają w skórze zmiany od jodu. Do dziś dnia panowało przeważnie przekonanie, jakoby przetwory jodowe, wydzielając się przez skórę i zatrzymując się w gruczołach skórnych, wywoływały napływ krwi i podrażnienie w skórze w okolicach gruczołów łojowych, wskutek czego powstają wyrzuty krostkowe i inne. Anatomicznego i chemicznego potwierdzenia owej teoryi dostarczyły poniekąd poszukiwania i badania Adamkiewicza [1]); wykazały one obecność jodu w krostkach jodowych i wydzielinie sąsiednich gruczołów łojowych; dochodząc przyczyny, dlaczego gruczoły łojowe okazują się tak czułemi na działanie jodku potasowego, nabył autor przekonania, że sole jodowe rozkładają się w wymienionych gruczołach i działa tu wolny jod, który jak wiadomo, drażni tkanki. Przypuszczenie to potwierdza się jakoby przez to, iż w wydzielinie gruczołów łojowych (składającej się po części z rozpadu przyskórka) wywiązują się wskutek rozkładu związków białkowych amoniak i kwasy, które swoją drogą rozszczepiają jodek potasowy, wskutek czego otrzymujemy jod wolny, wywołujący podrażnienie zapalne skóry; ułatwia działanie miejscowe jodu jeszcze i ta okoliczność, iż jodek potasowy zatrzymuje się dłużej w gruczołach, gdzie pod wpływem ich treści łatwiej następuje jego rozkład. Niepojawianie się osutki jodowej na dłoniach i podeszwach pozbawionych, jak wiadomo, gruczołów łojowych, przemawia też na korzyść zdania, że osutka jodowa powstaje wskutek wydzielania się jodu przez gruczoły łojowe. Przeciw zdaniu Adamkiewicza świadczą jednak wyniki poszukiwań Ducreya [2]), który nie mógł

[1]) Charité-Annalen. 1878. III. str. 381.

[2]) Rivista internaz. di medicina e chirurgia. 1886. 12. str. 707—709.

wykazać obecności jodu w sąsiadujących z krostkami jododowemi gruczołach łojowych.

Obok teoryi Adamkiewicza, za której pomocą łatwo daje się wytłómaczyć powstawanie na skórze wyrzutów grudkowo-krostkowych (*acne jodica*), przytoczyć tu wypada pogląd przez niektórych autorów wypowiedziany, według którego osutkę jodową należy uważać za jeden z objawów ogólnego zatrucia krwi jodem. Teoryę tylko co wymienioną można zastósować chyba w przypadkach ogólnej, rozległej osutki jodowej lub w takich postaciach cierpienia jodowego skóry, których zmianom w skórze towarzyszy cały szereg objawów ubocznego działania jodu. Zdaniem Besniera należy przypuszczać raczej, iż osutki jodowe powstają drogą odruchową wskutek podrażnienia przewodu pokarmowego lekiem, lecz i tą teoryą nie zawsze da się wytłómaczyć pojawienie się osutki. Ducrey znów przyczyny osutek jodowych upatruje w zboczeniach ośrodków nerwów naczynioruchowych (*angioneurosis*). Pozostają jednak przypadki, w których wyrzuty jodowe występując w rozmaitych okolicach skóry, stopniowo i powoli szerzą się na większe obszary skóry; dla wytłómaczenia powstawania osutki w przypadkach tylko co wymienionych nie wystarcza odruchowa ani angioneurotyczna teorya; natomiast wypada tu raczej przypuścić, iż zboczenia w skórze występują wskutek dłuższego zatrzymywania się i nagromadzania jodu w ustroju; rzeczywiście też w przypadkach odpowiednich (pęcherzyca i guzy jodowe) najczęściej wykazać można głębokie zwyrodnienia nerek, utrudniające wydzielanie się podawanego w większych ilościach jodu (przypadki Bergha, Morrowa i innych).

Co się zaś tyczy przypadków osutki jodowej, powstającej u osób zdrowych zaledwo po jednej lub kilku dawkach przetworu jodowego, trudno ją wytłómaczyć zatruciem krwi wskutek zatrzymania się jodu w ustroju; w podobnych przypadkach pojawienie się wyrzutów jodowych wypadnie chyba złożyć na karb wyjątkowej drażliwości skóry u danego indywiduum wobec działania przetworów jodowych (t. zw. idyosynkrazya).

Zmiany anatomo-patologiczne skóry zajętej osutką jodową były przedmiotem badań Thina[1]), Harrisa i Duckwortha[2]), Pellizzarego[3]), Ducreya[4]), Hallopeau[5]) i Walkera[6]). Badania drobnowidowe Thina tyczące się skóry zajętej wyrzutami pęcherzycowemi, wskutek działania jodu powstałemi, wykazały następne zmiany: skóra pod pęcherzami przedstawiała jednolitą, słabo ziarninową substancyę z rozrzuconemi gdzieniegdzie ciałkami białemi krwi, wokoło zaś spostrzegało się wśród tkanki nagromadzenie komórek zapalnych; włókna z których składają się pęczki tkanki łącznej w skórze, były rozluźnione; ścianki naczyń licznie napotykających się w zajętych okolicach skóry także dotknięte sprawą chorobową, gruczoły natomiast łojowe nie wykazywały żadnych zmian; naczynia krwionośne w sąsiadujących z pęcherzami głębokich warstwach skóry były rozszerzone. Wytwarzanie się pęcherzy odbywa się według Thina w ten sposób, iż naczynia schorzałe pękają, wskutek czego krew wylewając się pomiędzy siatką Malpigiusza a tkanką łączną skóry nagromadza się pod przyskórkiem i podnosi go w postaci pęcherza.

Harris i Duckworth, badając pod drobnowidem krostki jodowe, wykazali, że wyrzuty usadowione były w górnych warstwach skóry; brodawkowaty jej pokład przedstawiał się spłaszczonym i wykazywał gdzieniegdzie wgłębienia; w tejże warstwie wokoło krostek spostrzegało się bujanie komórek zapalnych w postaci licznie rozrzuconych złogów. Naczynia krwionośne w skórze zajętej były wszędzie rozszerzone; znajdujące się zaś w środku krostki naczynia otoczone były nadto szeregami nagromadzonych ciałek białych. Gruczoły łojowe i potne żadnych zmian nie wykazywały. Okolice skóry zajętej sprawą chorobową wyraźnie odgraniczały się od sąsiedniej skóry zdrowej. Zdaniem wymienionych autorów istotę sprawy chorobowej w krostkach jodowych stanowi zapalenie górnych warstw skóry.

Według Pellizzarego główne zmiany w skórze, zajętej osutką bromową, dotyczą gruczołów łojowych i naczyń krwionośnych; wokoło nich bowiem wykazać można nagromadzenie się okrągłych komórek zapalnych.

Ducrey i Hallopeau przypisują naczyniom krwionośnym skóry główną rolę w schorzeniu jodowem skóry. Ostatni nadto zauważył wydłużenie i obrzmienie brodawek skórnych, następnie zgrubienie i wydłużenie pokładów przyskórka w sieci Malpigiusza, co szczególniej jest widocznem w okolicach międzybrodawkowych.

Walker badając skórę zajętą przez postać guzową osutki jodowej, zwrócił uwagę na niezwykły rozrost przyskórka w okolicach schorzałej skóry; tkanka łączna skóry przedstawiała też rozrost i obok tego rozrzucone były wśród niej komórki zapalne; tkanka zaś sprężysta wcale nie przyjmowała udziału w sprawie chorobowej. Naczynia krwionośne i włosowate były rozszerzone; ich zaś ścianki składały się z pojedynczego pokładu komórek przybłonka. W niektórych skrawkach zabarwionych sinkiem metylenowym widać było nagromadzenie wśród łącznej tkanki komórek karmnych (*Mastzellen*), gruczoły łojowe były wypełnione komórkami przyskórka.

Zdaniem Walkera sprawa chorobowa w osutce jodowej powstaje w ten sposób, iż jod przeszkadza przeobrażaniu się tłuszczowemu komórek przyskórka w gruczołach łojowych; ilość więc komórek tłuszczowych zmniejsza się i wreszcie znikają one zupełnie, następnie wśród masy przyskórka nagromadzają się liczne komórki wędrujące (leukocyty), wskutek czego powstają rozrzucone wśród zajętej sprawą chorobową tkanki liczne złogi, ulegające wkrótce zropieniu.

Leczenie osutki jodowej wymaga przede wszystkiem zaprzestania przetworów jodowych; w niektórych mniej groźnych postaciach osutki wystarcza przerwanie leczenia jodowego na pewien tylko czas, poczem znów możemy je stósować dalej; uporczywe zaś postacie wyrzutów jodowych lub rozległa osutka oraz wikłanie się jej z zboczeniami nerek i cierpieniami ważnych organów, wymaga zupełnego zaniechania przetworów jodowych. Niektórzy autorowie, jak n. p. Gemy, utrzymują, iż w przypadkach kiły, znamionującej się groźnymi objawami, dla usunięcia osutki jodowej może wystarczyć zmiana tylko sposobu wprowadza-

---

[1]) Lancet 1878. II. str. 676.

[2]) British medical Journal. 1878, 7. grudnia; 1879, 31. maja.

[3]) Sperimentale. 1884. Settembre.

[4]) Rivista internaz. di medicina e chirurgia. 1886. 12. str. 707—709.

[5]) Annales de Dermatol. et Syphiligraphie. 1888. str. 284.

[6]) Monatshefte f. prakt. Dermatologie. 1892. XIV. 7. str. 271—274.

nia jodu do ustroju, n. p. zamiast podawania go przez żołądek, należy go zadawać przez odbytnicę, lecz z podobnej rady nie powinniśmy korzystać, ponieważ przetwory jodowe wewnątrz zadawane, czy też inną drogą do ustroju wprowadzone, najczęściej jednakowo źle lub dobrze chorzy znoszą.

Leczenie miejscowe osutki jodowej zależy najzupełniej od stopnia objawów skórnych a także od postaci osutki; zwyczajne wyrzuty grudkowo-krostkowe lub też krótkotrwałe, chociażby i rozległe postacie osutki rumieniowej, bąblicowej lub krwotocznej nie wymagają wcale użycia energicznych środków miejscowych i znikają wkrótce po zaprzestaniu leczenia jodowego tudzież zastósowaniu 1—2 kąpieli mydlanych ciepłych; natomiast zaś wrzodziejące, uporczywe pęcherzycowe wyrzuty potrzebują energiczniejszego leczenia, którego zadaniem jest rozmiękczenie i usunięcie strupów, wypróżnienie pęcherzy i ropni z treści, następnie przyspieszenie resorbcyi wysięków i guzów. Pod tym względem skutecznie działają kataplazmata z mąki ziemniaczanej i roztworzonego kwasu borowego; stósują się też z dobrym skutkiem proszki z salicylanu bismutowego, tlenku cynkowego i łojku lub mączki krochmalowej, z dodatkiem nieco kamfory. Długotrwałe i uporczywe guzy i nacieki ustępują pod wpływem miejscowego działania plastru rtęciowego (*Emph. de Vigo*, *Emph. hydrarg.-carbol.* i t. p.); objawy zaś nerkowe, nierzadko towarzyszące groźniejszym postaciom zajęcia jodowego skóry, wymagają odpowiednich środków.

III. Oceny i sprawozdania.

O śmierci nagłej.

Podał

Dr. Leon Wachholz,

asystent katedry medycyny sąd. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33.)

W 11 przypadkach śmierci nagłej, sekcyonowanych w krakowskim zakładzie, wykazano uduszenie się ciałami obcemi jako przyczynę śmierci; z tych w pięciu znaleziono aspirowaną treść wymiocin nawet na przekroju płuc a więc w najdrobniejszych oskrzelkach, w jednym odnoszącym się do noworodka nastąpiło uduszenie przez aspiracyę wód płodowych, w dwóch przypadkach był przyczyną obfity krwotok z jam gruźliczych w płucach; w dwóch przypadkach znaleziono w krtani ciała obce a to mianowicie: w krtani mężczyzny 53let. znaleziono kawał mięsa ugotowanego,który jednym końcem wklinowany pomiędzy więzadła głosowe przytykał szczelnie głośnię, drugim zaś tkwił w gardzielu; w krtani kobiety 63-letniej znaleziono spory kęs bułki, między więzadłami głosowemi. W jednym wreszcie przypadku nastąpiła nagła śmierć w dorożce u kobiety 24 letniej przez uduszenie się skrzepami krwi, która zwolna dobywała się z naczyń przeciętych podczas zabiegu chirurgicznego wewnątrz krtani; denatka oddaliła się zawcześnie po operacyi od lekarza, pomimo przestróg z jego strony.

Ograniczenie powierzchni oddechowej płuc bywa dość częstą przyczyną nagłej śmierci. Zmniejszenie powierzchni oddechowej bywa w przypadkach zapaleń płuc, zwłaszcza u dzieci i starców, w przypadkach odmy piersiowej [1]), znacznych wypocin opłucnowych [2]), wylania się krwi do worków

[1]) Lesser. Vjschr. f. ger. Med. 1888.

[2]) Laborde. La mort subite dans la pleurésie. Schmidts Jahrb. 1892.

opłucnowych przez przebicie tętniaków [1]), jakkolwiek w tym ostatnim razie przyczyną bezpośrednią śmierci staje się nagła a ostra niedokrewność ustroju. Wreszcie zatory większych gałęzi tętnicy płucnej mogą wywołać nagłą śmierć. I tak opisuje Hofmann, przypadek u ciężarnej, której akuszerka wstrzyknęła gorącą wodę do jamy macicy celem spędzenia płodu; skrzepy wodą tą ugotowane dostały się z żył macicznych do tętnicy płucnej i sprawiły nagłą śmierć przez zator. Rolleston opisuje przypadek mięsaka w prawem jądrze z przerzutami w gruczołach jamy brzusznej i z zakrzepicą żyły głównej dolnej (*vena cava inf.*); kawałki oderwane ze skrzepu wywołały nagłą śmierć przez zator prawej gałęzi tętnicy płucnej.

Nierzadko bywa śmierć nagła skutkiem ciężkich zboczeń w sercu i we wielkich naczyniach. Do nich zaliczyć należy pęknięcie tętniaków serca, tętnicy głównej lub płucnej lub innych wielkich naczyń, lub też pęknięcie ich samoistne bez tętniaków. Śmierć następuje w tych przypadkach albo z powodu znacznej niedokrewności ustroju (utrata połowy ilości krwi w ustroju zawartej, staje się śmiertelną dla dorosłego człowieka, u dziecka zaś utrata mniejszej ilości, niż połowa), lub też z powodu zniesienia czynności serca, jeśli krew n. p. z pękniętego tętniaka serca wylewa się do worka osierdziowego i uciska serce[2]).

Samodzielne pęknięcie ścian serca zdarza się najczęściej u ludzi otyłych; u nich bowiem wnika mocno rozwinięta tkanka tłuszczowa podosierdziowa, zwłaszcza w okolicy koniuszka serca i komory lewej w mięsień sercowy, rozrzedza go a wreszcie zastępuje. Ponieważ tkanka tłuszczowa nie jest tak sprężystą i odporną, jak tkanka mięsna, przeto ulega łatwo ciśnieniu krwi i przerywa się. Jednak i z innych powodów może nastąpić pęknięcie serca u ludzi otyłych; nie należy przeto w podobnych przypadkach wyłącznie otłuszczenia serca uważać za przyczynę pęknięcia[3]). Przyczynami pęknięcia może się stać zwyrodnienie włókniste, zwyrodnienie tłuszczowe, nowotwory i pasorzyty mięśnia sercowego[4]).

W latach ostatnich opisał Achalme [5]) przypadek pęknięcia serca, które było następstwem zupełnego zarośnięcia przedniej tętnicy wieńcowej. U osób w wieku podeszłych zdarza się śmierć nagła wskutek pęknięcia tętnicy głównej miażdżycowo zwyrodniałej. Przypadki podobne nie należą do rzadkości. Martin Durr [6]) przytacza przypadek u 87. letniej kobiety, która cierpiąc zaledwie przez kilka godzin na mdłości i bóle krzyżów zmarła nagle. Przy sekcyi znaleziono bardzo znaczne, bo 13 ctm. w obwodzie mające rozszerzenie tętnicy głównej, liczne ogniska miażdżycowe w niej i poprzeczne pęknięcie w ramieniu jej zstępującem, obejmujące śrubowato cały obwód. Również Saguet [7]), Oliver [8]), Muselier [9]) i inni opisują przypadki pęknięć aorty wskutek zmian przeważnie miażdżycowych. — Przypadki tętniaków aorty, które wskutek pęknięcia stały się przyczyną śmierci, opisują w ostatnich czasach: Ehebald [10]) przypadek z przebiciem do połyku, Francis Hawkins [11]) przypadek tętniaka

[1]) Laveran. Anévrysme de l'aorte ouvert dans la plèvre gauche. Gaz. des Hôp. 1891.

Dupasquier et Thiroloix. Artériosclérose génér.; rupture de la poche i t. d. Schmidts Jahrb. 1892.

[2]) Lesser. Vierteljschr. f. ger. Med. 1888.

[3]) Kisch. Plötzliche Todesfälle Fettleibiger. Wien. med. Presse. 1892.

[4]) Eichhorst. Handb. d. spez. Path. u. Ther. I.

[5]) Achalme. Rupture du coeur i t. d. Schm. Jahrb. 1891.

[6]) Martin Durr. Mort subite par rupture spont. i t. d. Arch. gén. de Méd. 1891.

[7]) Rupture spont. de l'aorte d. sa por. intrapéricardiaque. Schm. Jahrb. 1892.

[8]) Dissecting aneurysm of the thorac. itd. Schm. Jahrb. 235.

[9]) Un cas de rupt. spont. de l'aorte abd. 1892.

[10]) Ein Fall von Aneur. Aortae mit Perfor. in d. Oesophagus. Schm. Jahrb. 1892.

[11]) Aneurysms above i t. d. Schm. Jahrb. 1892.

usadowionego w części wstępującej tętnicy głównej i wgłobionego w zatokę Walsalwy, Roux [1]) i inni.

W zakładzie krakowskim znaleźliśmy w 9 przypadkach pęknięcie tętnicy głównej lub jej tętniaków jako przyczynę nagłej śmierci. Przypadki te były następujące: W zwłokach mężczyzny 60-letniego znaleziono po oddzieleniu skóry od szyi znaczne podbiegnięcia krwawe, sięgające aż w głąb do klatki piersiowej. Podbiegnięcia te można było na razie uważać za następstwa urazu. Serce w wymiarze poprzecznym nieco powiększone było w obu komórkach próżne. Ujście tętnicy głównej zwężone; błona jej wewnętrzna miażdżycą dotknięta; w środku łuku pęknięcie jej ściany na 4 ctm. długie. — U 70-letniej kobiety znaleziono przy sekcyi tętniak worczasty, wielkości pięści dorosłego człowieka, znajdujący się na początku łuku tętnicy głównej, zwrócony ku przodowi i górze. Cienkie ściany tętniaka zrosłe z opłucną płuca prawego. W miejscu, gdzie ściana była najcieńszą, było połączenie między wnętrzem tętniaka a jamą opłucnową prawą, która zawierała skrzep krwi, ważący kilogram i krew płynną. Serce było prawidłowe, tętnica główna dotknięta miażdżycą. — Podobny przypadek tyczył się zwłok kobiety l. 47 liczącej, u której znaleziono w części tylnej tętnicy głównej w znacznym stopniu miażdżycą dotkniętej, otwór wielkości półcentówki, prowadzący do jamy opłucnowej lewej, krwią wypełnionej. W trzech przypadkach znaleziono w zwłokach kobiet liczących od 40 do 77 lat życia, pęknięcie tętnicy głównej miażdżycowo zwyrodniałej (2 razy) i jej tętniaka (raz) z wylaniem się krwi do worka osierdziowego. Wreszcie u kobiety 56-letniej znaleziono tętniak ramienia wstępującego aorty, który przebił do tchawicy i stał się przyczyną nagłej śmierci przez uduszenie. W tchawicy, oskrzelach i żołądku znajdywały się skrzepy krwi; płuca były z powodu wetchnięcia w siebie krwi wejrzenia skórę tygrysią przypominającego.

W ostatnich dniach roku zeszłego otrzymał zakład zwłoki wyrobnika 57 lat liczącego, który znosząc lód do piwnicy, doznał nagle mdłości. Wyszedł więc zaraz na ulicę i tu padł nieżywy. Przy sekcyi znaleziono worek osierdziowy wypełniony w całości krwią płynną i niewieloma skrzepami. Serce nie powiększone okazywało liczne skrzepy bezbarwne, połączone ściśle z wśródsierdziem, nadającem mu wejrzenie serca kosmatego (*cor villosum*). Mięsień serca prawego był niejednostajnie zcieńczały z powodu przerostu tłuszczu podosierdziowego szczególnie w okolicy podstawy serca. W przegrodzie przedsionkowej był otwór owalny w całości drożny i otwarty. Zastawki tętnicy głównej, podobnie jak i błona jej wewnętrzna były zgrubiałe i w znacznym stopniu miażdżycą dotknięte. Po rozcięciu tętnicy głównej znaleziono w łuku i części wstępującej kilka tętniaków (około 10) w postaci worczastych zagłębień wielkości, co najwyżej, dużego orzecha włoskiego. Jeden z tętniaków, usadowiony na 4 ctm. powyżej ujścia tętniczego na przedniej ścianie okazywał otwór wielkości ziarna grochu. Otwór ten łączył światło tętnicy głównej z wnętrzem worka osierdziowego. (C. d. n.)

[1]) Mort rapide à la suite de la rupt. d'un anévrysme aort. latent. Schm. Jahrb. 1892.

Chirurgia.

F. Winckel: O skutkach trzebienia w rozmiękczeniu kości (*osteomalacia*).

Wiadomo, iż korzystny wpływ trzebienia na rozmiękczenie kości spostrzeżono najpierw w tych przypadkach, gdzie wskutek zwężeń miednicy wskazaną była amputacya ciężarnej macicy i jajników według metody Porry. Fehling też od roku 1876, w którym Porro po raz pierwszy operacyi tej dokonał, po rok 1888 naliczył już 24 przypadki wyleczone. Zadziwiający ten wynik naprowadził w r. 1886 Fehlinga na myśl, iż może samo usunięcie jajników ku temu wystarczy. Pierwsze próby trzebienia miały wynik dodatni; dlatego coraz bardziej zachwycano się tą operacyą i obiecywano sobie w każdym przypadku na pewne skutki pomyślny. Tak różowe zapatrywanie się prostuje Winckel w niniejszej pracy.

Zestawia on wynik z 40 przypadków znanych z literatury i stwierdza fakt, że u operowanych przeważnie już po kilku dniach następowała poprawa, pięć chorych atoli umarło, a mianowicie dwie wskutek zapalenia otrzewnej, trzy niezależnie od zabiegu operacyjnego. Pomijając już ten dość znaczny stosunek śmiertelności i rozpatrzenie się w reszcie przypadków nie uprawnia nas do zbytniego zachwytu. Autor wymaga przede wszystkiem, aby obserwacya chorej po operacyi trwała przynajmniej rok. Pomiędzy zestawionymi 40 przypadkami zaś jest 12 takich, w których od operacyi do ogłoszenia najwięcej upłynęło 3 miesiące. Tych przypadków w ocenianiu operacyi wcale nie uwzględnia autor; wymaga bowiem, co najmniej, rocznej obserwacyi, gdyż poprawa i przy innych sposobach leczenia następuje. Wobec tego niewielką wartość przyznaje i tym przypadkom z swej statystyki, w których upłynęło dopiero 7—9 miesięcy.

Chcąc tedy odpowiedzieć na pytanie, czy trzebienie ma wpływ leczniczy w rozmiękczeniu kości, opiera się tylko na pięciu przypadkach Fehlinga, pięciu Schauty, czterech Chrobaka i dwóch własnych, bo czas obserwacyi trwał od roku do $4^1/_4$ lat. Wyleczenie zupełne nastąpiło 12 razy a w czterech przypadkach (25 %) tylko poprawa.

W dalszym ciągu zbija autor przypuszczenie Fehlinga, iż przyczyną rozmiękczenia kości jest patologicznie powiększona czynność jajników, wskutek czego następować ma w drodze odruchowej rozszerzenie naczyń w kościach. Następstwem tego jest bierne przekrwienie i powiększanie się chłonienia wytworzonej kości. Po wytrzebieniu natomiast odpada podnieta dla rozszerzaczy naczyń a wskutek tego powstaje zwężenie się naczyń i wyleczenie.

Przypuszczenie to opiera Fehling na tem, iż cierpienie pogarsza się zawsze podczas miesiączkowania i że bolesność kości ustępuje już w kilka dni po operacyi. (Bliższych szczegółów nie podaję, bo je czytelnik zna z prac w *Przeglądzie lekarskim* umieszczonych, a mianowicie: S. Brauna z kliniki prof. Madurowicza o rozmiękczeniu kości i t. d. r. 1891 Nr. 17 i 18, jakoteż Podgórskiego i Harajewicza p. t. Przypadek połogowego rozmiękczenia kości i t. d. r. 1893 Nr. 2 i 3).

Winckel zwracając w końcu uwagę na przypadki, w których przy innem leczeniu i w szczególności przez zażywanie tranu z fosforem siedm razy na pewne nastąpiło wyleczenie, przychodzi do następujących wniosków:

1° trzebienie dopiero wtedy jest wskazanem, jeżeli dotąd używane środki zawiodły;

2° jeżeli cierpienie już zagraża życiu. (*Sammlung klinischer Vorträge 1893 Nr 71*). *Dr. Bogdanik.*

Fizyologia.

Herman Schlesinger: Przyczynek do fizyologii uczucia głodu.

Do podjęcia badań w celu wyjaśnienia uczucia głodu skłonił autora przypadek spostrzegany w klinice lekarskiej Schröttera w Wiedniu, tyczący się chorego z rozstrzenią żołądka, którego przez 3 tygodnie karmiono wyłącznie przez odbytnicę a który pomimo, że ciężar ciała jego przez czas ten niepomiernie wzrastał, skarżył się wciąż na nader przykre uczucie głodu.

Jak wiadomo, istnieją dwie teorye w celu wytłómaczenia przyczyny powstawania uczucia głodu. Jedna przypuszcza, że głód powstaje przez miejscowe zadraźnienie ścian żołądka wywołane brakiem treści żołądkowej (Haller, Beaumont, Vierordt, Weber i t. d.), zadraźnienie według jednych chemiczne, według innych mechaniczne; druga teorya (Ewald), obecnie przez większość fizyologów przyjęta, uważa głód jako uczucie ogólne, wywołane brakiem materyału odżywczego we krwi a zlokalizowanie tego uczucia w żołądku jest następstwem odśrodkowej projekcyi zmian powstających w centralnym układzie nerwowym.

Jeden szereg doświadczeń wykonał S. na 10 chorych, z których 2 dotkniętych było również rozstrzenią żołądka.

Doświadczenia przeprowadzano w ten sposób, że gdy osoba badana podawała, że czuje mocny głód, dawano jej lawatywę odżywczą (250 grm. mleka, 2 jaja, kilka łyżek wina czerwonego i nieco soli kuch.) i uważano, jaki wpływ lawatywa miała na uczucie głodu. Wynik doświadczeń tych był następujący: w $1/2$—$1^1/_2$ godziny po podaniu lawatywy głód znacznie się zmniejszał, jednakże nie znikał prawie nigdy w zupełności. Z tego wypada, że wprowadzenie nawet obfitej ilości pokarmów do przewodu pokarmowego nie sprowadza uczucia zupełnego *nasycenia*, jeżeli ominiemy żołądek.

W drugim szeregu doświadczeń starał się S. wyjaśnić, czy usunięcie samego zadrażnienia żołądka wystarcza do pokonania uczucia głodu. Że nadmierna kwasota treści żołądkowej nie jest przyczyną głodu, dowiodły próby zobojętniania treści kwaśnej wodą wapienną, które wypadły ujemnie. Natomiast znieczulanie błony śluzowej żołądka kawałeczkami lodu, wodą chloroformową a szczególnie kokainą (0·02—0·03) znosiło uczucie głodu na czas krótki; głód powracał z chwilą ustania działania znieczulającego podanego środka. Ten szereg doświadczeń pouczył zatem autora, że przez znieczulenie błony śluzowej żołądka można uczucie głodu wprawdzie osłabić lub usunąć na czas znieczulenia, że jednak zupełnego zaspokojenia głodu tą drogą osiągnąć niepodobna.

W ostatniej wreszcie seryi doświadczeń, starał się S. połączyć obydwa powyżej opisane wpływy. Osoby badane żywiono wyłącznie przez odbytnicę a gdy po upływie $1^1/_2$ godziny od podania lawatywy uczucie głodu jeszcze się utrzymywało, zadawano po 0·02—0·03 chlorku kokainy w $1/2$% roztworze wodnym. Na 30 tego rodzaju doświadczeń w 28 znikał głód w zupełności z chwilą, w której kokaina rozwinęła działanie znieczulające.

Wobec tego, że ani wyłączne żywienie przez odbytnicę, ani samo znieczulanie błony śluzowej żołądka nie jest w stanie usunąć uczucia głodu a kombinacya tych dwóch czynników głód skutecznie zaspakaja, wnosi autor, podobnie jak twierdzi Leo, że uczucie głodu składa się z dwóch wpływów, środkowego i obwodowego.

Pierwszy jest mocniejszy, podczas gdy uczucie głodu wywołane przez zadrażnienie nerwów błony śluzowej żołądka jest słabsze, osoby bowiem, które na przemian żywiono wyłącznie przez odbytnicę albo którym wyłącznie znieczulano błonę śluzową żołądka, skarżyły się w ostatnim przypadku na głód o wiele mocniejszy, niż w pierwszym. (*Wien. klin. Wochenschrift. 1893. Nr. 31).* *Dr. Beck.*

Patologia.

N. de Dominicis (z Neapolu): **O patogenezie cukrzycy.**

Wyniki otrzymane w najnowszych czasach z doświadczeń nad wycinaniem trzustki, wywołały wiele hipotez co do funkcyi tego narządu i jej związku z powstawaniem moczówki cukrowej. Autor od 1888 roku zajmując się tą sprawą, wykonał sto dwadzieścia kilka doświadczeń na zwierzętach, głównie psach, u których w rozmaity sposób usuwał całkowicie trzustkę, i na podstawie tak obfitego materyału krytykuje szczegółowo podane przez różnych autorów teorye powstawania *diabetes pancreaticus* i wysnuwa wreszcie swoją.

Ogólny rezultat wyników, do jakich doszli inni badacze, zarówno jak sam autor, streszcza w sposób następny:

1. Zwierzęta pozbawione trzustki bez wyjątku ulegają szybko ciężkiemu charłactwu, kończącemu się w krótkim czasie (do trzech miesięcy) śmiercią. Objawami, które tu występują, są: *polyphagia, polydipsia. polyuria, azoturia, phosphaturia, acetonuria* i porażenie tylnych kończyn; prawie zawsze zjawia się *glycosuria*, jednakże w kilku przypadkach D. jej nie spostrzegał, czem różni się od innych autorów, jak Minkowski, Hédon, którzy zjawienie się cukrzycy uważają za następstwo konieczne, tak iż nawet ostatni z nich twierdzi, że brak jej dowodzi niedokładności doświadczenia, mianowicie niezupełnego wycięcia trzustki.

2. Działanie niektórych środków, jak sacharyna i jodoform, zwiększając kilkakrotnie u takich zwierząt ilość moczu na dobę, nie zmniejsza wcale ilości w nim cukru; wprost przeciwnie działają sole miedziowe i węglan sodowy.

3. Cukroród (glikogen) nigdy nie znika zupełnie z wątroby zwierząt pozbawionych trzustki. Jeżeli takiemu psu do żyły szyjnej przelać nieco krwi z żyły wrotnej psa zupełnie zdrowego, ilość cukru w moczu wzrasta w dwójnasób.

4. Glikozurya nie bywa nigdy bez jednoczesnych: *azoturia* i *phosphaturia,* które występują zawsze, nawet w razie braku pierwszej. *Acetonuria* nie jest stała.

5. Z pomiędzy innych zmian najważniejsze są; zwyrodnienie zanikowe wątroby i rdzenia pacierzowego.

Większość zatem badaczów widzi ścisły związek pomiędzy brakiem trzustki a moczówką i zależność tę różnie stara się objaśnić. Teorye te dadzą się ugrupować w trzy kategorye:

a) Według jednych wytwarza trzustka dwojakiego rodzaju wydzielinę, mianowicie sok trawienny, który wlewa się do dwunastnicy, i oprócz tego swoisty pewien ferment, przechodzący bezpośrednio do krwi (Minkowski, Lépine, Hédon). Jest to według Minkowskiego czynnik sprawiający rozkład cukru w ustroju; w razie braku jego występuje cukrzyca. Pogląd ten odrzuca autor na podstawie swego doświadczenia, w którym otrzymał typową moczówkę po podwiązaniu przewodu Wirsunga i odłączeniu trzustki od dwunastnicy.

b) Według drugiej teoryi przyczyna cukrzycy tkwi tu w zmianach nerwowych, zależnych od operacyi wycięcia trzustki; co do tych jednakże wpływów nerwowych zapatrywania się są różne (Lancereaux, Cavazzi, Thiroloix). Bracia Cavazzi widzą istotę tej sprawy w zwiększaniu się produkcyi cukru przez wątrobę w zależności od zmian neuro-paralitycznych w zwoju wątrobowym wskutek uszkodzenia podczas wycinania trzustki.

c) Trzecie wreszcie przypuszczenie uważa moczówkę za następstwo ciężkich bardzo zboczeń w trawieniu kiszkowem, wywołanych brakiem soku trzustkowego. Zwolennikiem tego poglądu jest Cantani i sam autor. Teoryę swoją wywodzi on w sposób następny. Cukier w ustroju, jak wiadomo, wytwarzać się może zarówno kosztem peptonów krwi, jak i z rozkładu białka komórek; drugiem źródłem cukru jest glikogen, znajdujący się w cukrzycy w narządach nawet takich, które w stanie prawidłowym go nie zawierają; jest to zatem wytwór zmian degeneracyjnych w komórce, ciało przejściowe, dające się przeprowadzić w cukier.

Podstawą zatem patogenezy moczówki cukrowej według Dominicisa jest wątłość komórek i łatwość rozkładu ich składników. Stan taki jest następstwem zboczeń w odżywianiu tkanek ustroju z powodu zniesienia czynności trzustki, tak niezbędnej do trawienia. Wobec tego, że cukromocz występuje niezależnie od rodzaju przyjmowanego pokarmu a nawet przy zupełnem jego wstrzymaniu, cukier ten jest wytworem pierwocin tkanki wskutek nieprawidłowego rozszczepienia białka. Bezpośrednim czynnikiem w tej sprawie jest trujące działanie substancyj, patologicznie wytwarzanych w kiszkach w braku soku trzustkowego, co zwie autor *empoisonnement positif*, lub też wytwór nieprawidłowego przebiegu przemiany materyi w braku substancyj odżywiających, *empoisonnement négatif*. Rzecz prosta, nie można odrzucać w sprawie tej wpływu nerwowego, lecz nie ma on znaczenia pierwszorzędnego. Takie tłómaczenie zdaniem autora nie zostaje w sprzeczności z danemi klinicznemi i doświadczalnemi i może zadawalniająco je objaśnić. (*Arch. de médecine experim. et d'anat. pathologique. T. V. Nr. 4*). *Dr. Kryński.*

Notatki terapeutyczne.

Maść na oparzeliny:

100) Rp. *Europheni* 3·00
Olei olivarum 7·00
Lanolini 30·00
Vaselini 60·00
MDS. Zewnętrznie.

Na oparzenia u dzieci zaleca Wertheimer;

101) *Aquae calcis*
Olei amygdalarum dulcium
āā 50·00
Thymoli 0·05—0·10
MDS. Zewnętrznie.
lub

102) Rp. *Magisterii bismuthi 2·00*
Acidi borici 4·50
Lanolini 70·00
Olei olivarum 20·00
MDS. Zewnętrznie.

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

IX. Prof. Obaliński: Przedstawienie chorej po resekcyi stopy, dokonanej według własnej metody.

Chora, którą prof. Obaliński przedstawia, dwudziestokilkoletnia kobieta, była operowana przed dwoma laty; usunięto prawie całą kość skokową (*talus*), kość czółenkowatą (*os naviculare*), sześcienną (*cuboideum*) w znacznej części, dwie kości klinowate (*ossa cuneiformia*) i jedną podstawę śródstopia (*metatarsus*), prócz tego wyskrobano wiele ognisk gruźliczych. Pomimo to chora chodzi zupełnie dobrze (demonstracya), zniekształcenie nogi jest stósunkowo niewielkie a blizna na podeszwie nie przeszkadza do chodzenia; ustawienie nogi jest tylko niezupełnie prawidłowe, po operacyi powstała nieznaczna stopa szpotawa (*pes varus*).

Dr. Schramm (ze Lwowa) operował 2 przypadki metodą prof. Obalińskiego i jest zupełnie zadowolony z tej metody operacyjnej pod względem łatwości przystępu do części stawu; o wyniku leczniczym nic jeszcze donieść nie może, gdyż operacye te wykonał dopiero niedawno.

Prof. Rydygier zwraca uwagę, że blizna na podeszwie nie przeszkadza zupełnie do chodzenia.

Dr. Ziembicki (ze Lwowa) zapytuje się, jakie mianowicie przypadki najbardziej nadają się do operacyi metodą prof. Obalińskiego.

Prof. Obaliński oświadcza, że chcąc odpowiedzieć na pytanie Dra Ziembickiego musiałby dokładnie rozejrzeć się w przypadkach operowanych daną metodą, chwilowo zaś nie pamięta szczegółowo wszystkich tych przypadków; wogóle tylko tyle może tymczasem powiedzieć, że metoda jego nadaje się najbardziej do tych przypadków, w których cierpienie rozwinęło się przeważnie ku dołowi, t. j. gdzie kości podudzia nie są zajęte.

X. Dr. Klecki (z Krakowa): O wykluczaniu pętli jelitowych (z demonstracyą).

Dr. Klecki wykonał w celach fizyologicznych a mianowicie w celu wyświecenia kwestyi powstawania kału, szereg doświadczeń, w których posługiwał się jako sposobem pomocniczym metodą operacyjną, jaka ostatnimi czasy znalazła zastósowanie w chirurgii. Operacyą tą było wykluczanie pętli jelitowych, czyli ich eliminacya (*Darmausschaltung*). Jest kilka sposobów, za pomocą których można wykluczyć pętlę jelitową. Po przecięciu ściany jelita w dwóch miejscach i złączeniu zwykłym szwem jelitowym pętli doprowadzającej z odprowadzającą, można albo obydwa końce pętli wykluczonej, t. j. części jelita, znajdującego się między dwoma pierwszemi cięciami a pozostającego w prawidłowym związku z kreską, wszyć do rany powłok brzusznych (na wzór przetoki Velli), albo też jeden z tych końców wszyć do rany brzusznej (na wzór przetoki Thirego), drugi zaś koniec zaszyć. Można także połączyć szwem jelitowym obadwa końce wykluczonego jelita, tworząc w ten sposób zamknięty pierścień jelitowy i pierścień ten zapuścić do jamy brzusznej; wreszcie można zaszyć obadwa końce wykluczonego jelita i również zapuścić do jamy brzusznej. Operacyę wykluczenia jelita wykonano na ludziach dotychczas 3 razy; są to przypadki Hochennega, Franka i Eiselsberga, w których przystąpiono do operacyi z powodu cierpienia kiszki ślepej. Salzer, który wykonał znaczną ilość doświadczeń nad wykluczaniem pętli jelitowych, podaje cały szereg wskazań dla tej operacyi; można jednak sprowadzić wszystkie te wskazania do jednego ogólnego a mianowicie wykluczenie chorobowo zmienionej pętli jelitowej jest wskazanem w tych przypadkach, w których wycięcie jej (*resectio*) jest niemożebnem z jakiegobądź powodu (głównie wskutek mocnych zrostów po chorobach zapalnych); jak wiadomo, w przypadkach takich wykonywano dotychczas enteroanastomozę,

We wszystkich powyżej przytoczonych przypadkach operowano w ten sposób, że jeden lub obadwa końce wykluczonego jelita wszywano do rany powłok brzusznych; jedynie Eiselsberg zaszył obadwa końce jelita, jednak i w tym przypadku światło jelita komunikowało ze światem zewnętrznym przez naturalną przetokę. Nie odważono się zapuścić zaszytej na końcach, wykluczonej pętli jelitowej do jamy brzusznej z następującego powodu: królewiecki fizyolog Hermann wykazał doświadczalnie na psach, że wykluczone jelito wydziela nader znaczną ilość substancyi, zbliżonej bardzo do kału a ztąd wniósł, że w powstawaniu kału w niewiadomych okolicznościach wydzielina ściany jelita poważną gra rolę. Obawiano się więc przy operacyach na człowieku nagromadzenia się w wykluczonej pętli owej treści, która łatwo mogłaby spowodować pęknięcie jelita. Uczniowie Hermanna (Blitstein i Ehrenthal) otrzymali podobne wyniki, Berenstein zaś, który przed zaszyciem wykluczonej pętli desinfekcyonował wnętrze jelita, otrzymywał w niem po stosunkowo niedługim czasie (kilku dniach) niewielką ilość zbitej, szarawej lub żółtawej masy, złożonej przeważnie ze złuszczonych przybłonków; najczęściej masa ta leżała na błonie śluzowej w postaci nalotu. Doświadczenia te potwierdzały zapatrywanie się Hermanna, że złuszczone i rozpadłe przybłonki i wogóle fizyologiczna wydzielina ściany jelita stanowi główną część kału czyli ekskrementów. Podobne doświadczenia robili także w ostatnich czasach chirurdzy Salzer, Reichel i Eiselsberg; prawie we wszystkich doświadczeniach otrzymywano w wykluczonych pętlach znaczną ilość treści płynnej lub stałej oraz nagromadzenie się gazów. Wyniki doświadczeń wszystkich badaczy były więc w głównych zarysach mniej więcej ze sobą zgodne; zapatrywania się fizyologów na naturę kału musiały się więc odpowiednio zmienić. Przed niedawnym jeszcze czasem uważano kał za masę, złożoną przeważnie z resztek niestrawionych pokarmów; później, gdy zaczęto badać kał mikroskopowo, a na tem polu Nothnagel położył największe zasługi, doszli badacze do wniosku, że kał stanowią przeważnie drobnoustroje; obecnie zaś wobec doświadczeń Hermanna i jego uczniów uważanym jest kał za produkt, którego głównem podłożem jest fizyologiczna wydzielina kiszek. Oczywiście chodzi tu głównie o stosunki ilościowe, boć nie ulega wątpliwości, że wszystkie 3 przytoczone składniki biorą udział w wytworzeniu tych mas, które jako ekskrementa ustrój opuszczają.

Rozpatrując się krytycznie w szczegółach doświadczeń, na których oparto twierdzenie, że w powstawaniu kału fizyologiczna wydzielina kiszek ilościowo tak poważną gra rolę, oraz wyniki tych doświadczeń, dochodzi się do wniosku, że doświadczenia te bynajmniej nie są przekonywające: przedewszystkiem sama metoda wykluczania pętli jelitowych w celu stwierdzenia faktów fizyologicznych nie jest zupełnie wolną od zarzutu, gdyż warunki pętli wykluczonej nie zupełnie odpowiadają okolicznościom, w jakich się znajduje jelito prawidłowe (mechaniczne i chemiczne działanie miazgi pokarmowej na błonę śluzową, bakterye, ruch robaczkowy i t. d.). Dalej doświadczeń, z których wysnuto przytoczone wnioski, jest bardzo niewiele: każdy autor opierał się na kilku zaledwo doświadczeniach: jeden? Salzer zrobił ich przeszło sześćdziesiąt, publikuje jednak tylko 42 i w rezultacie dochodzi do wniosku, że wykluczając na czło

wieku pętlę jelitową, nie należy zbytnio obawiać się owego nagromadzenia się treści w świetle kiszki. Bodaj najgłówniejszym zarzutem, jaki można zrobić dotychczasowym doświadczeniom jest to, że zwracano uwagę prawie wyłącznie na treść wykluczonej pętli, nie uwzględniając alboteż uwzględniając za mało inne okoliczności, mające stanowczo znaczny wpływ na zachowanie się owej treści. Np. zapisywano wprawdzie zmiany zaszłe w ścianie jelita wykluczonego, nie liczono się jednak z temi zmianami; wskutek tego częstokroć przyczynę brano za skutek i przenoszono do fizyologii fakta patologiczne. Wśród dotychczasowych doświadczeń prawie że nie ma takich, w którychby po wykluczeniu pętli jelitowej zabito zwierzę prawidłowe, któreby nie miało zapalenia otrzewnej, *sepsis* i którego jelito wykluczone nie byłoby znacznie zmienionem. Sposób zaś użyty przez Berensteina w celu desinfekcyi światła jelita a polegający na wycieraniu błony śluzowej watą zmoczoną rozczynem sublimatu 1:2000 oraz przemywaniu 3% kwasem borowym nie mógł być obojętnym dla tej błony, należącej do najdelikatniejszych pod względem budowy anatomicznej; trudno pogodzić się z twierdzeniem tego autora, że obraz mikroskopowy błony śluzowej, oczyszczonej w powyższy sposób, przedstawiał się zupełnie prawidłowo; Berenstein twierdzi, że w treści wykluczonych i zdesinfekcyonowanych pętli jelitowych bakteryj nie było, gdyż nie mógł wykazać ich w barwionych preparatach mikroskopowych; hodowli jednak z treści tej nie zakładał.

Dr. Klecki, przystępując do pracy niniejszej, zamierzał zbadać zachowanie się treści w pętlach wykluczonych, w których działanie bakteryj byłoby zniesione, a więc zachowanie się fizyologicznej wydzieliny ściany jelita. W tym celu należało światło jelita zdesinfekcyonować odpowiednio. Samo przemywanie płynami obojętnemi nawet w bardzo wielkich ilościach okazało się zupełnie niedostatecznem; trzeba więc było użyć jakiegoś płynu przeciwgnilnego; wybór był bardzo trudnym z tego powodu, że zależało równocześnie na zachowaniu błony śluzowej w stanie prawidłowym. Prof. Cybulski poddał Drowi Kleckiemu myśl użycia do przepłukiwania pętli wykluczonych sztucznego soku żołądkowego; próba wypadła pomyślnie, sposobu tego użyto więc we wszystkich doświadczeniach. Własności przeciwgnilne soku żołądkowego polegają wyłącznie na działaniu zawartego w nim kwasu solnego. Pepsyna nie gra tu żadnej roli; używając pomimo to nie rozczynu czystego kwasu solnego, ale sztucznego soku żołądkowego miał Dr. Klecki na myśli ten wzgląd, by operować płynem bardziej zbliżonym do płynu fizyologicznego. Doświadczenia robiono na psach. Sok żołądkowy psów zawiera mniej więcej 3‰ HCl. Dr. Klecki używał zaś sztucznego soku żołądkowego, zawierającego 1·5‰ kwasu solnego. Wiadomo, że wiele drobnoustrojów, zamieszkujących przewód pokarmowy, doskonale znosi działanie soku żołądkowego; to też w żadnem doświadczeniu nie udało się usunąć zupełnie bakteryj ze światła wykluczonej pętli; w treści, otrzymanej w każdem doświadczeniu, można było wykazać istnienie ich mikroskopowo a można było przekonać się przez hodowle, że twory te żyją i nie utraciły zdolności rozrodczej. (Demonstracya kilku czystych hodowli). A jednakowoż w doświadczeniach udanych bakterye te nie wywoływały w wykluczonych pętlach jelitowych żadnych spraw gnilnych, dających się stwierdzić za pomocą wzroku i powonienia; było ich w treści jelita znacznie mniej, aniżeli w prawidłowym kale.

Doświadczenia operacyjne wykonywano w sposób następujący: dwoma cięciami przez ścianę jelita wykluczano z ciągłości przewodu pokarmowego krótką pętlę, zwykle około 10 cm. długości mającą; oczywiście nie naruszano jej połączenia z kreską. Pętlę doprowadzającą łączono dwupiętrowym szwem Czernego z pętlą odprowadzającą, pętlę zaś wykluczoną przepłukiwano najpierw wielkiemi ilościami (6—8 litrów) 3% kwasu borowego a następnie 3 litrami soku żołądkowego (zawierającego 1·5‰ HCl). W ostatnich doświadczeniach przepłukiwano z początku wykluczoną pętlą nadto 3 litrami 1% rozczynu sody. Wszystkie te płyny były poprzednio ogrzane mniej więcej do ciepłoty ciała. Po przepłukaniu zaszywano obadwa końca wykluczonej pętli, zapuszczano ją do jamy brzusznej, zaszywano ranę brzuszną oraz zakładano zwykły kliniczny opatrunek aseptyczny. Wszystkie operacye (z wyjątkiem jednej antyseptycznej) wykonano zupełnie aseptycznie.

Dr Klecki wykonał 22 takich doświadczeń, chcąc zbadać treść nagromadzoną w wykluczonych pętlach przez różny przeciąg czasu; jako warunek udanego doświadczenia położył sobie jednak, by zwierzęta przez cały czas po operacyi aż do śmierci były zupełnie normalne, t. j. nie przechodziły zapalenia otrzewnej, *sepsis*, i co najważniejsza, by pętla wykluczona przez czas ten pozostawała, o ile można, prawidłową, t. j. nie podlegała żadnym zmianom patologicznym. Z 22 doświadczeń Dr. Klecki może przedstawić zaledwo 3 takie, które postawionym warunkom w zupełności odpowiadają. Jest to liczba na pozór bardzo niewielka, można się jednakowoż na doświadczeniach tych oprzeć z tego powodu, że są one wobec postawionych przez autora postulatów zupełnie bez zarzutu, czego bynajmniej nie można powiedzieć o doświadczeniach Hermanna i jego uczniów. Salzerowi, profesorowi chirurgii, udało się na 60 operowanych psów utrzymać zaledwo dwóch przy życiu przez czas dłuższy (kilka miesięcy).

Dr. Klecki robił swoje doświadczenia w okolicznościach najlepszych, bo korzystał z całego aparatu aseptycznego kliniki chirurgicznej, za co wyraża podziękowanie prof. Rydygierowi. Tymczasem wyniki operacyjne były nieszczególne. Przyczyna tych niepomyślnych wyników leży w samej operacyi: wskutek bliskiego sąsiedztwa miejsca szwu jelitowego z pętlą wykluczoną oraz sterczenia obydwu zaszytych końców pętli wykluczonej zrosty otrzewnowe powstają w tej okolicy nader łatwo a są one u psów bardzo mocne. Zrosty te sprawiają, że najczęściej już po kilku dniach pętle jelitowe w okolicy poprzedniego pola operacyjnego są tak silnie ze sobą pozlepiane, że trzeba preparować bardzo długo, by wydobyć nienaruszoną pętlę wykluczoną oraz odsłonić miejsce szwu; nadto powstaje wiele załamań jelita, sprowadzających często śmierć zwierzęcia. Najszkodliwszymi zaś dla wyniku operacyjnego są te zrosty, które zaciskają naczynia krezkowe pętli wykluczonej i które wywołują w ścianie jelita wiadome zmiany.

Dr. Klecki przytacza na tem miejscu kilka szczegółów z niektórych swoich doświadczeń charakterystycznych pod tym względem. Bliższe szczegóły wyż wspomnianych 3-ch „czystych“ doświadczeń są następujące: 1-go psa zabito po upływie 68 dni po operacyi, 2-go po upływie 46 dni, 3-ci zaś pies zginął na włóknikowe zapalenie płuc po upływie dwudziestu kilku godzin po operacyi, t. j. w czasie, w którym należało oczekiwać najobfitszej treści, gdyż błona śuzowa, podrażniona przez obfite płukanie, wydziela niewątpliwie najwięcej w ciągu pierwszych 24 godzin po operacyi. U wszystkich tych 3-ch psów znaleziono w wykluczonych pętlach stosunkowo bardzo nieznaczną ilość treści: u 1-go 1·67 grama żółtawej, lepkiej, ciągnącej się masy o konsystencyi wosku, u 2 go 4·5 cm. cz. żółtego gęstego płynu, u 3-go 2·5 grama żółtawej śluzowatej masy, miększej, aniżeli u psa 1-go. Mikroskopowo znaleziono w treści tej złuszczone przybłonki, drobiny rozpadowe (*detritus*), czasami kryształy i wiele bakteryj; chemicznie zaś białko w niewielkiej ilości, pepton, mucynę, cholestearynę (niestale), tłuszcze, kwasy tłuszczowe wolne (masłowy przeważnie), leucynę. Ściana jelita wykluczonego zachowała w najdrobniejszych szczegółach budowę prawidłową.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

— Sprawy usuwania z miast odpadków gospodarczych i śmieci tak domowych jak ulicznych dotychczas jeszcze nie rozwiązano w sposób odpowiadający zarówno względom sanitarnym, jak i ekonomicznym. Dlatego z ciekawością trzeba

oczekiwać rezultatu próby, jaką zamierza zrobić władza miejska jednej z dzielnic londyńskich, która zamyśla palić odpadki gospodarcze i śmiecie i ciepła w ten sposób wywiązanego użyć do wytwarzania elektryczności, mającej służyć do oświecania. Piece mają być tak urządzone, by w razie braku śmieci lub wielkiej (n. p. w czasie mgły) potrzeby światła elektrycznego mogły służyć do palenia także węglem.

— Barbarzyństwem, niegodnem państwa cywilizowanego, jakiem są niewątpliwie Stany Zjednoczone Ameryki północnej, nazwać trzeba upieranie się po tylu nadzwyczaj przykrych doświadczeniach przy używaniu elektryczności do tracenia zbrodniarzy. Ktokolwiek rozumie nieco prawa fizyczne, których się trzyma elektryczność w przepływie swym przez ustrój ludzki i zwierzęcy, kto wie, iż elektryczność w drodze swej między biegunami przyłożonemi do ciała rozdziela się na mnóstwo gałązek o nadzwyczaj różnej a ściśle oznaczyć się nie dającej mocy, kto się zastanowi nad tem, iż i piorun, mimo tego, że napięcie w nim elektryczności (według przybliżonego ocenienia) wynosi kilka milionów wolt, nie zawsze, jak wiadomo powszechnie, zabija, ten śmierć w jednej chwili skazanego przez użycie w tym celu prądu elektrycznego nazwać musi w znacznej części po prostu przypadkiem a procedurę całą podczas tracenia powolną i zawiłą a tem samem i okrutną. Wykonanie jednak wyroku śmierci w dniu 27. lipca r. b. w Auburn za pomocą prądu elektrycznego przewyższyło swą grozą wszystko, co dotąd obserwowano podczas tracenia elektrycznością. Pod wpływem wstrząśnienia od elektryczności całego ciała złamał się stołek, do którego przywiązany był skazany tak, iż ten upadł na twarz wydając straszliwe jęki. Ponieważ maszyna dynamoelektryczna nie mogła dalej funkcyonować, musieli lekarze obecni przy egzekucyi przez 69 minut(!) odurzać skazanego chloroformem i podskórnemi wstrzykiwaniami morfiny, dopóki nie zdołano biegunów przeznaczonych do wykonania wyroku połączyć należycie z przewodami zakładu służącego do oświetlania miasta elektrycznością, poczem dopiero dokończono tej straszliwej egzekucyi.

— Pierwszy kongres samarytański międzynarodowy, który miał się odbyć w Wiedniu we wrześniu r. b., odłożono z powodu niepomyślnego stanu zdrowia publicznego w Europie do roku przyszłego.

— Ze zestawienia zrobionego przez Wirgiliusza Rossiego wypada na podstawie wyroków wydanych przez włoskie sądy przysięgłych w latach 1880—1888, iż między trucicielami było 53·12% mężczyzn a 46·88% kobiet. W wymienionych latach dziewięciu skazano 53619 mężczyzn a 3172 kobiet. Na 1000 skazanych mężczyzn przypada 1·26 trucicieli a na 1000 skazanych kobiet 18·91 trucicielek, co zasługuje na uwagę kryminalistów i psychologów. Na 100 trutych kobiet udała się zbrodnia 48·34 razy, nie udała zaś 51·66; takież liczby dla mężczyzn są 44·12 i 55·88. Mała ta zresztą różnica, jeżeli nie jest przypadkowa, przemawia albo za silniejszą na trucizny odpornością mężczyzn albo większą z ich strony przezornością.

— Lekarz przyboczny księcia Walii, Dr. W. H. Broadbent, otrzymał od królowej angielskiej godność baroneta.

— Ministerstwo rolnictwa w Prusiech wyznacza nagrodę w kwocie 3000 marek za wykrycie nieznanego dotychczas przyrzutu zarazy pyskowej i racicowej.

Do piśmiennego przedstawienia należy dołączyć odpowiednie dowody, jak preparaty mikroskopowe, hodowle, protokóły doświadczeń i t. d.

Rozprawę konkursową napisaną czytelnie w języku niemieckim i opatrzoną godłem w sposób ogólnie przyjęty należy przesłać najpóźniej do 30. czerwca 1894 roku do królewskiej technicznej deputacyi weterynarskiej w ministerstwie rolnictwa w Berlinie.

Przyznanie nagrody nastąpi 1. stycznia 1895 r.

— **Cholera**. Epidemia obejmuje coraz nowe obszary we wszystkich prawie państwach środkowej i południowej Europy nie występując jednak dotychczas nigdzie gwałtownie. W Galicyi pojawia się cholera w powiatach nadworniańskim, kołomyjskim, śniatyńskim, horodeńskim, sokalskim i limanowskim a z miast większych w Kołomyi. W powiecie brzeskim nie przybywa nic chorych; ci którzy są, są na drodze do wyzdrowienia; zdaje się przeto, iż epidemię w tym powiecie zniszczono w samym zarodku. Na Węgrzech zajętych jest dużo komitatów przeważnie w stronie północno-wschodniej kraju. W Rosyi europejskiej pojawia się cholera najczęściej na Podolu, dalej w guberniach grodzieńskiej, kurskiej, bessarabskiej. W ostatnich dniach donoszą o pojawieniu się cholery w mieście Kole w gubernii kaliskiej a w gubernii łomżyskiej w mieście Łomży, w Mazowiecku i w Czyżewie. Całe cesarstwo niemieckie jest do tej chwili wolne od zarazy, bo trzy przypadki w Berlinie i jeden w Donaueschingen w W. Kstwie badeńskiem u studenta przybyłego z Marsylii pozostały zupełnie odosobnione. W południowej Francyi epidemia utrzymuje się ciągle. We Włoszech zajętych jest kilka miejscowości na północy, tudzież na południu Neapol i okolice. W Neapolu, gdzie w roku 1884 występowała tak niezwykle gwałtownie, jest dotychczas cholera bardzo łagodna, co, jeżeli się i nadal tak utrzyma, będzie dowodem skuteczności wielkich robót asanacyjnych w tem mieście a mianowicie zaprowadzenia dobrych wodociągów.

— **Nekrologia**. Zmarli: Dr. J. Zieliński, lekarz gubernialny tyfliski, w d. 25. lipca skutkiem spadnięcia ze znacznej wysokości w górach w pobliżu Tyflisu; prof. Dr. Cramer, psychiatra, w Marburgu w Niemczech w 62. roku życia; prof. Dr. Sommerbrodt we Wrocławiu, znany w całym świecie lekarskim przez swą pracę i zasługi koło wprowadzenia kreozotu do leczenia gruźlicy; w Paryżu Dr. Blanche, psychiatra i właściciel prywatnego zakładu dla chorób umysłowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 2. Września 1893. Nr. 35.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel. prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał
Dr. M. Cercha,
I-szy asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

Francuzi idąc za zdaniem Charpentiera, który w barwach różowych odmalował cięcie łonowe, wszyscy bez wyjątku oddają pochwały tej operacyi.

W pracach niemieckich i rosyjskich operatorów już widać pewien zwrot, już widać w nich pewne sztuczne zastrzeżenia, które tę dobrą mają stronę, że w krytyczny i przedmiotowy sposób, jak przez sito przepuszczają to, co zdrowe i racyonalne a odrzucają, co nie może ostać się wobec krytyki. Jakie są ich poglądy, to najlepszą miarą będą własne ich słowa przytoczone w odnoszących się do tego artykułach; naturalnie wspomnę tylko o ważniejszych i tak:

Leopold [1]): Cięcie łonowe powinno w przypadkach, gdzie po kleszczach i obrocie nie możemy spodziewać się skutku pomyślnego, wyrugować wymóżdżenie na płodzie żywym i cięcie cesarskie dla wskazania względnego. Z dwóch przypadków, które ogłasza, nabrał tego przekonania, że cięcie cesarskie robić należy tylko wtedy, gdy najkrótszy wymiar jest mniejszy niż 6 cm a płód jest donoszony.

Operacya zdaniem Leopolda jest bardzo łatwa; po przecięciu rozchodzą się kości aż na 7 cm. a płód z największą łatwością urodzić można kleszczami. (W drugim przypadku wymiar prosty wchodu wynosił $6^3/_4$ cm. a obwód czaszki płodu $35^1/_4$ cm.).

Jeżeli według obliczeń Baudelocqua i Girauda przyjmiemy, że po rozejściu się kości na 7 cm. wymiar prosty powiększy się o 1 i 12 cm., to jeszcze trudno pojąć, jak główka, której wymiar poprzeczny wynosił $8^1/_4$ i $9^3/_4$, tak łatwo przeszła przez przewód kostny, którego wymiar prosty wchodu wynosił pierwotnie 6·75.

Nie należy też według Leopolda przecinać więzadła łukowego, ba, nawet całego spojenia: wystarczy, jak mówi, tyle drzwi uchylić, ile potrzeba. Aleź nawet przez niezupełnie otwarte podwoje można się dostać na zewnątrz, tylko pytanie, co się stanie w takim razie z drzwiami lub z tym, co się za nie siłą dostał?

Z pracy Müllerheima [1]), asystenta kliniki prof. Freunda w Sztrasburgu, przytoczyć wypada co następuje: Autor wspomina, że mimo pomyślnych wyników, jakie otrzymali operatorowie włoscy w ostatnich 25 latach, operacya nie zyskała sobie aż do ostatnich czasów prawa obywatelstwa a to dlatego, że literatura lat poprzednich potępiła ten zabieg zupełnie, ponieważ następstwa takie, jak zropienie stawu, utrudnienie chodu, przetoki moczowe były prawie nieuniknione; autor widzi w tem błąd raczej operatora i brak postępowania czystego, niż błąd samej operacyi. Powiada on, że ruchomość w spojeniu łonowem i spojeniach krzyżowo-biodrowych podczas ciąży i porodu jest taka, że i przecięcie spojenia szkody przynieść nie może; nie mogę pojąć, jak może być wszystko jedno, czy ja drąg elastyczny naciągnę, lub też czy go w jednem miejscu przetnę?

Wprawdzie przyznaje, że przy znacznem rozstąpieniu się spojenia mogą pęknąć stawy krzyżowo-biodrowe, ale też powinniśmy się starać, aby nie przekroczyć granicy elastyczności więzów krzyżowo-biodrowych; a czy mamy pod tym względem jakieś *criterium?* Nie. Autor także go nie podaje. Mówi dalej, że przed operacyą należy zbadać dokładnie ruchomość spojenia łonowego i spojeń krzyżowo-biodrowych i tak ocenić, czy można wykonać cięcie łonowe, czy nie. W jaki to sposób robią w klinice prof. Freunda,

[1]) Centrbl. f. Gynaekol. Nr. 30. 1892. 586—587.

[1]) Centrbl. f. Gynaekol. Nr. 30. 1892. 588—597.

lub jak to autor ocenia, to czytający ma sobie w duszy dośpiewać.

Autor mówi dalej, że ten zabieg można jeszcze wykonać bezpiecznie i z wynikiem pomyślnym w tym czasie, gdy już cięcie cesarskie daje wyniki złe t. j., po odpływie wód, gdy szyja macicy zbyt wyciągnięta a nawet, gdy mamy już objawy zakażenia. Zgadzamy się z nim co do dwóch pierwszych punktów, ale zastrzegamy co do ostatniego, bo cięcie łonowe robimy przecież w tym celu, aby płód ocalić a jakie on ma warunki, gdy już jest zakażenie, to dobrze my wiemy; autor zaś nic o tem nie wspomina. A już wcale nie można się z autorem zgodzić na to, że operacya jest tak łatwą, że nie wymaga wyćwiczonej asysty. Nie możemy pojąć, jak bez ostatniej wyglądać będą spojenia krzyżowo-biodrowe i z jakim spokojem będzie autor operował, gdy rodzącą usypiać będzie położna, rodzina lub służba?

Velits[1]) z Preszburga, w artykule swoim podziela zdanie Leopolda i Müllerheima, ba nawet chętnie widziałby operacyę oddaną w ręce lekarzy praktykujących; uprzedził więc pod tym względem prof. Zweifla z Lipska, który na zjeździe ostatnim ginekologów niemieckich w Wrocławiu wypowiedział to samo zdanie, lecz znalazł też wielu takich, co nietylko przeciw temu wystąpili (prof. Chrobak), ale nawet wogóle o cięciu łonowem nie tak korzystny sąd wydali; tak to bywa z każdą nowością; dziś już, gdy zebrano większą liczbę przypadków, zaczyna powstawać pewien odczyn, zapał słabnie a i świetna statystyka Spinellego straciła na wartości, gdy się dowiadujemy, że śmiertelność matek wynosi powyżej 10%.

A teraz co mówi o cięciu łonowem prof. Zweifel[2]) przy sposobności przedstawienia chorej w Tow. położn.-ginekol. w Lipsku 17. października 1892 r. Matka w trzy tygodnie po operacyi była zupełnie zdrowa, dziecię zaś umarło dnia czwartego z powodu zapalenia płuc. Najlepiej jest przecinać całe spojenie i więzadło łukowe a nie iść za radą Leopolda, bo inaczej wydobycie płodu jest trudne a krwotok z przerwanych żył bardzo znaczny powstrzymać należy najlepiej przez okłucie. Jeżeli pociągania kleszczami są silne, to spojenia krzyżowo-biodrowe są w wielkiem niebezpieczeństwie. Zakładanie podczas operacyi na miednicę pasa elastycznego, jak radzi Freund, Müllerheim, uważa Zweifel za niepraktyczne; lepiej, jeżeli asystenci uciskają na okolicę krętarzy. Opanowanie krwotoku może sprawiać wielkie trudności.

Najważniejsze z całej pracy Zweifla są wnioski, jakie wysnuwa z wyniku jednego przypadku a które przecież nie idą tak daleko, jak to prof. Zweifel uczynił na ostatnim zjeździe we Wrocławiu, polecając operacyę lekarzom w praktyce prywatnej; powiedziałbym nawet, że w pierwszej tej pracy prof. Zweifel zastrzega się, że z jednego przypadku trudno wydawać sąd o zabiegu, jakkolwiek i tam już wspomina, że przebieg operacyi i wynik zrobił na nim niezwykle pomyślne wrażenie, że przeszedł jego oczekiwanie. Prawdziwą niespodzianką było dla niego to, że już po 19 dniach spojenie się zrosło a kobieta chodziła bardzo dobrze, że podczas operacyi spojenie rozeszło się tak znacznie a że spojenia krzyżowo-biodrowe nie były zupełnie zagrożone, rzecz, o której dawniej powątpiewano a którą nawet anatomowie liczyli do niemożliwości. Jednak zaraz później mówi, że, jeżeli odstęp wynosi $6^1/_2$ cm., to wtedy już spojenia krzyżowo-biodrowe są w wielkiem niebezpieczeństwie. To też operatorowie, którzy cięcie łonowe wykonywać będą w zwężeniach trzeciego stopnia, muszą myśleć o pęknięciu spojenia krzyżowo-biodrowego; pęknięcia takie zdarzyć się mogą a czy one lepiej przebiegać będą wobec postępowania przeciwgnilnego, powiedzieć się nie da. W każdym razie chore takie skazane będą na długie cierpienia; w daleko więc gorszem znajdą się położeniu, niż po cięciu cesarskiem. Ta ostatnia okoliczność, t. j. pęknięcie spojenia krzyżowo-biodrowego, musi stanowić dla cięcia łonowego zaporę na drodze do zyskania sobie obywatelstwa, chyba, że wskażemy granicę, poza którą niebezpieczeństwo dla spojenia krzyżowo-biodrowego jest nieuniknione a tej granicy nie przekroczymy.

W przypadku Krassowskiego[1]) nauczyć się możemy, że mimo wszelkiej ostrożności po przecięciu spojenia, gdy płód silnie kleszczami pociągamy, może pęknąć spojenie krzyżowo-biodrowe. W jego przypadku rozeszło się spojenie na $6^1/_2$ cm. a przytem pękło prawe spojenie krzyżowo-biodrowe. Nadto wspomnieć wypada o przedarciu przedniej ściany pochwy palcem asystenta, który chcąc wepchnąć przednią luźną ścianę pochwy do rany, przedarł ją. Takie przedarcia są po cięciu łonowem prawie nieuniknione, szczególniej w razie silnego pociągania kleszczami; tkanki bowiem, które w zwykłych okolicznościach mają podstawę w spojeniu, gdy to po przecięciu się rozejdzie, tracą podstawę, wpuklają się do rozstępu i łatwo rozległemu ulegają rozdarciu. Krassowski w końcu swej pracy tak mówi o cięciu łonowem: Dotychczasowe wyniki pozwalają dobrą wróżyć przyszłość cięciu łonowemu. Trzeba tylko przez dawnych operatorów postawione wskazania przejrzeć krytycznie, co można uskutecznić dopiero na podstawie znacznie większej liczby przypadków. Obecnie sądzi, że tam należy je wykonywać, gdzie istnieje wskazanie do wymóżdżenia płodu żywego, lub do cięcia cesarskiego ze wskazania względnego. Zawsze uważa cięcie łonowe za zabieg nieobojętny, po którym mogą powstać uszkodzenia części miękkich a szczególniej pęcherza, dalej, że krwotok z ciał jamistych łechtaczki może być znaczny, na co zresztą wszyscy operatorowie zwracają uwagę. Zakładanie kleszczy przed operacyą i silne trakcye uważa za nieodpowiednie.

O przypadkach Schwartza[2]) a szczególniej o pierwszym, który, zdaniem mojem nie dawał wskazania do cięcia łonowego, (chodziło bowiem o wydobycie oderwanej główki idącej na ostatek) chyba tylko dlatego wspomnę, aby powziąć miarę, jakie sobie można tworzyć wskazania, gdy się chce wykonać operacyę a innego przypadku niema pod ręką. Wszak mamy inne utrwalone i pewne metody wydobycia główki płodu nieżywego, zwłaszcza gdy wymiar prosty wchodu, jak w przypadku Schwartza, wynosił $8^1/_2$—9. Drugi przypadek zakończył się niepomyślnie tak dla dziecka, jak i dla matki. Dziecko umarło podczas pociągania za nóżki, matka z powodu zapalenia otrzewnej. Operowano z powodu ściśnienia. Wymiar prosty wchodu 6 cm.

---

[1]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 40. 1892. S. 778—781.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 44. 1892. S. 859—865.

[1]) Cntrblt. f. Gyn. Nr. 5. 1893. S. 82—83.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 5 1893.

Lebiediew[1]) opisując swój przypadek cięcia łonowego, nie podziela zdania tych autorów, którzy utrzymują, że ono może w przyszłości, wobec ścieśnień miednicy średniego stopnia, wyrugować cięcie cesarskie, ponieważ 1) nie jest ono ani łatwiejsze, ani wygodniejsze od cięcia cesarskiego, 2) krwawienie powstałe z pęknięcia ciał jamistych łechtaczki bywa bardzo obfite i trudne do tamowania, zwłaszcza, gdy się idzie za wskazówką Leopolda i nie przecina całego spojenia; gdy bowiem przy silnych pociąganiach reszta pęka, powstaje tem gwałtowniejszy krwotok; 3) obok dobrych wyników są i smutne, n. p. przetoki pęcherzowo-pochwowe i cewkowo-pochwowe, nacieki moczowe, ropienie tkanki miedniczej; nie radzi więc zapalać się do zabiegu i operować tylko w średnich stopniach ścieśnień, zwłaszcza wobec miednicy ogólnie ścieśnionej.

Przypadek Regniera[2]) z kliniki prof. Chrobaka o tyle jest ciekawy, że wykonano zabieg u wieloródki, którą przy pierwszym porodzie rozwiązał prof. Breisky za pomocą cięcia cesarskiego. Autor rozprawy twierdzi, że przypadek ten potwierdza wprawdzie twierdzenie Leopolda, że należy ograniczyć cięcie cesarskie, ale nie w tym stopniu, że należy je wykonywać tylko wobec bezwzględnego ścieśnienia miednicy, albowiem możemy się znaleść wobec ścieśnienia miednicy w stopniu średnim a zatem mamy wskazanie do cięcia łonowego a przecież musimy wykonać cięcie cesarskie, ponieważ drogi miękkie nie są dostatecznie przygotowane a stan matki wymaga natychmiastowego ukończenia porodu. Dalej zwraca autor uwagę na myśl Chrobaka, że należałoby się zastanowić nad wskazaniem do cięcia łonowego, jako operacyi przygotowawczej do wymóżdżenia lub podzielenia płodu, używanego wobec bezwzględnego ścieśnienia miednicy. Nie należy też zapominać o wieku rodzącej a to ze względu na większą lub mniejszą ruchomość stawów.

O przypadku Baumma[3]) muszę wspomnieć dla tego już, że jest bardzo a bardzo podobny do naszego. Zejście dla płodu dobre, dla matki nie tak pomyślne z powodu następstw. Przypadek ten znowu nie odpowiada tym świetnym wynikom, o jakich ustawicznie słyszymy. Gdyby tylko wszystkie mniej pomyślne ogłaszać chciano! a leży to w interesie nauki.

Cięcie łonowe wykonano w tym przypadku u pierwiastki. Wymiar prosty wchodu 8¾. Kleszcze po przecięciu spojenia; główka przeszła łatwo, lecz usłyszano szelest, jak w przypadku Krassowskiego. Zniszczenie części miękkich było znaczne, oderwanie cewki moczowej od reszty pęcherza i oderwanie łechtaczki, krwotok znaczny, zeszycie uszkodzeń, połóg ze zboczeniami, ruchomość kości spojenia łonowego.

Ekstein[4]) uważa cięcie łonowe przy pomocy odpowiedniej, wprawnej asysty za operacyę nie zbyt trudną i mimo, że matka zmarła najprawdopodobniej z posocznicy, radzi zawsze wykonywać cięcie łonowe w tych razach, gdzie wskazaneby było wymóżdżenie na płodzie żywym.

Kaschkaroff[5]) doszedł na podstawie operacyi dwóch przypadków do następujących wniosków. Należy rozstrzygnąć przed operacyą, czy mamy przed sobą przypadek, że tak powiem, czysty, czy też, że zakażenia nie możemy wykluczyć; od tego bowiem zależy rokowanie po cięciu łonowem. Śmiertelność dzieci po cięciu łonowem, po którem najczęściej następuje jeszcze inny zabieg, musi być większa, niż po cięciu cesarskiem; uważa też cięcie cesarskie tak dla matki, jak dla płodu za operacyę więcej zachowawczą. Cięcia łonowego nie uważa też za zabieg idący w zawody z cięciem cesarskiem ze wskazania względnego, lecz za operacyę walczącą o lepsze z wymóżdżeniem na płodzie żywym. W przypadkach, gdzie zakażenie wykluczyć można, gdzie matka chce mieć dziecię żywe i na cięcie cesarskie się zgadza, nigdy nie radzi robić cięcia łonowego; w przeciwnym razie, gdy zakażenia wykluczyć nie można, daje pierwszeństwo cięciu łonowemu przed wymóżdżeniem płodu żywego. Chociaż to ostatnie (wymóżdżenie płodu żywego) należało już dawno wykreślić z rzędu operacyj, to przecież cięcie cesarskie nie zdołało go zupełnie wyrugować, bądź z powodu trudnych okoliczności, w jakich operuje lekarz na prowincyi, bądź też z powodu obaw rodziny przed cięciem cesarskiem. Autor sądzi, że właśnie w tym razie dla cięcia łonowego otwiera się najgłówniejsze wskazanie.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[1]) Wracz. Nr. 4. 1893.
[2]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 6. 1893. 108—111.
[3]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 14. 1893. S. 301—306.
[4]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 19. 1893. S. 441—446.
[5]) Centrbl. f. Gyn. Nr. 19. 1893. S. 445—450.

II. Kazuistyka sądowo-lekarska.

Serya trzecia.

II.

Czy lekarz zaniedbał chorego?

Podał
Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz i chemik sądowy w Krakowie.

Widząc, że parobcy ściągają do butelek wino węgierskie, przygotowane na przyjęcie odpustowe, wstąpił Piotr W., 26 letni czeladnik stolarski, do plebańskiej piwnicy i napił się wina wprost z lewarka; parobcy bowiem na to pozwolili bez wahania się, kończąc właśnie swoje zajęcie. Piotr zauważył jednak, odejmując lewarek od ust, że „wino nie chce iść“. Po wywierceniu większego otworu w beczce, pociągnął Piotr jeszcze raz, przez minutę i twierdził, że „już dobrze idzie“. Tem zachęcony, pociągnął niebawem po raz trzeci, dłużej niż poprzednio i przekonał się, że „wino bardzo dobrze idzie“. Po nim chciał się jeszcze uraczyć jeden z parobków, lecz beczka była już próżna. Wychodząc z piwnicy utknął Piotr na progu, przewrócił się a parobcy widząc, że stracił przytomność, ułożyli go w kącie piwnicy, przekonani, że gdy się wyśpi, wytrzeźwieje; następnie zamknęli piwnicę i nie wspominali przed nikim o tem, co zaszło. Dopiero po upływie godziny, t. j. około 10. godziny przed południem spostrzegła Piotra nieprzytomnego, charczącego i wymiotującego gospodyni i poleciła wynieść go na świeże powietrze a z woni wymiocin domyślając się przyczyny tego stanu, kazała zlewać go wodą.

Gdy Piotr pomimo tych zabiegów nie odzyskał przytomności, wezwano lekarza; rodzice jednak Piotra, którzy tymczasem nadeszli z pomocnikiem stolarskim, zapewniali obecnych, że Piotr popada zawsze w taki stan, gdy się więcej napije i że „nic mu nie będzie, gdy się należycie prześpi“. To samo twierdził lekarz, który zbadawszy nieprzy-

tomnego i ciągle wymiotującego Piotra, mając właśnie odjeżdżać najbliższym pociągiem do innego chorego, polecił dać nieprzytomnemu mocnej kawy czarnej i lawatywę. Po odjeździe lekarza usiłowano nieprzytomnemu podawać czarną kawę, lecz to się nie udało z przyczyny, że z ust chorego wylewał się ciągle płyn winny. To też przeniesiono go do domu rodziców, gdzie na kilka zawodów poruszano nim celem otrzeźwienia, lecz bez skutku; Piotr bowiem leżąc na wznak ciągle chrapał. Widząc, że synowi nie polepsza się a chrapanie zamienia się w charczenie, wezwał ojciec Piotra ponownie tegoż samego lekarza około godziny 9. wieczorem; ten zaś zalecił zlewania zimną wodą, stósowanie zimnych okładów i podawanie czarnej kawy. Stan taki sam trwał do godziny 2. po północy. W tym czasie Piotr zaczął oddychać wolniej i pocił się. Rodzina sądziła, że nastaje polepszenie, tymczasem przed godziną trzecią zrana Piotr życie zakończył.

Wskutek doniesienia żandarmeryi o zajściu powyżej opisanem wdrożyła Prokuratorya Państwa dochodzenie o występek przeciw bezpieczeństwu życia przeciw obu parobkom, którzy Piotra w piwnicy uraczyli, jak niemniej dochodzenie przeciw lekarzowi X. o zaniedbanie chorego jego opiece powierzonego; w doniesieniu żandarmeryi napisano bowiem o lekarzu, iż wezwany do nieprzytomnego, nie udzielił mu żadnej pomocy.

Przesłuchani świadkowie podawali zgodnie okoliczności, jak je powyżej streściliśmy; rodzice zmarłego i inni świadkowie stwierdzali, że Piotr rzadko się napijał, ale gdy raz rozpoczął, to pił tak wiele, iż popadał w zupełną nieprzytomność a wtedy było dlań najlepiej, gdy się przespał.

Przy sekcyi sądowej przedsięwziętej przez Dra A. i chirurga B. na trzeci dzień po śmierci Piotra W., okazało się co następuje: 1) Zwłoki mężczyzny około lat 26 liczącego, średniego wzrostu, dość dobrze odżywionego, okazują na szyi, górnej części klatki piersiowej, tudzież na powłokach brzusznych plamy brudno niebieskawo-zielonawe, uznane przez nacięcie jako plamy pośmiertne. 2) Zewnętrznie nie widać żadnych śladów obrażenia; w całem ciele znachodzi się tężec pośmiertny. 3) Głowa okryta miernej długości ciemno blond włosem, twarz, szczególnie obydwa policzki okazują ciemno niebieskie zabarwienie. 4) Spojówki obydwu ócz blade, rogówki nieco zapadłe i zmętniałe, przeglądają z pod nich miernej szerokości źrenice. 5) Wargi sinawe, z ust i nosa wypływa obficie brudno-czerwony, zgnilizną cuchnący, niepienisty płyn. 6) Podczas przekrawania części osłaniającej czaszkę wylewa się z naczyń krew płynna, ciemno-różowa.

Oględziny wewnętrzne. 7) Za otwarciem czaszki wylewa się z naciętych zatok żylnych obficie krew ciemno czerwona. 8) Kości czaszki symetryczne, miernej grubości,prawidłowej budowy, o rowkach prawidłowych. 9) Opona twarda, tak w swojej przodkowej jak tylnej części mocno nastrzykana, szczególnie naczynia żylne są krwią przepełnione. 10) Opony miękkie przekrwione. 11) Mózg pojemności prawidłowej, o rowkach zwojowych prawidłowej głębokości, o powierzchni obficie w naczyniach nastrzykanej, okazuje się na przekroju wilgotny, nieco ciastowaty, okryty licznemi kropelkami krwi pochodzącej z przeciętych naczyń. W komórkach mózgowych nieco znaczniejsza ilość cieczy blado-różowej. Istota rdzeniowa mózgu jednostajnie różowo zabarwiona. 12) Płuca obydwa w szczytach nieco starszemi zrostami łączno-tkankowymi lekko przyczepione, zresztą wolne, okazują powierzchnię gładką, lśniącą, brzegi cienkie, ostre, barwę w całości ciemniejszą, szczególniej w częściach ku tyłowi położonych. Płuco w ucisku jest elastyczne a na przekroju wylewa się z obydwóch w częściach górnych i przodkowych obficie różowa ciecz pienista. Części tylne płuc znacznie przekrwione, wydają ze siebie za nakrojem obficie z naczyń krew. 13) Serce wielkości prawidłowej, okryte na powierzchni dość grubą warstwą tłuszczu, okazuje mięsień sercowy prawidłowej grubości, barwy nieco brunatnej w żółtawą wpadającej, znacznie kruchszy, niż w stanie prawidłowym. Śródsierdzie cienkie, gładkie, lśniące, zastawki cienkie, domykalne, mięśnie brodawkowe nieco stłuszczałe, komórka lewa próżna, w prawej znachodzi się znaczniejsza ilość ciemnej, na wpół skrzepłej krwi. 14) Wątroba wielkości prawidłowej o brzegach ostrych, o powierzchni gładkiej, koloru brudno zielonego, z przyczyny zgnilizny okazuje na przekroju miąższ kruchszy, niedokrewny, wydzielający z naczyń krew pienistą, ciemno-czerwoną. 15) Śledziona mała, o torebce pokurczonej. 16) Nerki wielkości prawidłowej, ciemno-czerwono zabarwione (z przyczyny przekrwienia opadowego), okazują torebkę z łatwością ściągnąć się dającą, na przekroju znów istotę korową prawidłowej szerokości i zbitości, istotę piramidalną również prawidłową. 17) Jelita mocno cuchnącemi gazami wypełnione. 18) Żołądek również znacznie gazami rozdęty podwiązano w części wpustowej, odźwiernikowej i nad naczyniem otworzono; okazało się jednakowoż, że prócz gazów niema w nim nic treści. Błona śluzowa żołądka w całości rozpulchniona, szarego koloru, okazuje miejscami znaczne przekrwienie naczyń. 19) pęcherz próżny.

Na podstawie powyżej przytoczonych podań świadków i uwzględniając wynik sekcyi, orzekli obducenci o przyczynie śmierci Piotra co następuje:

Denat zmarł śmiercią nagłą skutkiem przekrwienia i ostrego obrzęku mózgu i ostrego obrzęku płuc. Podobny ostry obrzęk mózgu i płuc bywa bardzo często ostateczną przyczyną śmierci i występuje w przebiegu różnych cierpień, jako sprawa końcowa. Opierając się na podaniach świadków, w braku jakichkolwiek innych przyczyn, któreby mogły sprawić podobny obrzęk mózgu i płuc, musimy twierdzić, że w niniejszym przypadku obrzęk ten wystąpił pod wpływem nadmiernego użycia napoju wyskokowego, mianowicie wina węgierskiego. Badanie pośmiertne nie wykazało obecności napoju alkoholicznego w żołądku, co jednakże tłómaczy się tem, że podług zeznań świadków miało jeszcze ciągle za życia denata odpływać wino z ust i to ilość cała miała wynosić przynajmniej około $1^1/_2$ litra i zdradzać się zdaleka mocnym zapachem. Rozwijające się po śmierci gazy w trzewach wyparły resztę płynu ze żołądka tak, że podczas sekcyi znaleziono żołądek zupełnie próżny, tylko gazami wypełniony. Świadkowie zeznali, że nieboszczyk bardzo drażliwy był na napoje wyskokowe i że już po jednym lub dwu kieliszkach natychmiast się upijał. W dniu, w którym zdarzył się ten przypadek, był zupełnie na czczo i miał dwa razy napić się porządnie wężem wina z beczki i to z takim skutkiem, że po drugim napiciu się, kiedy robotnicy wychodzili z piwnicy, zatoczył się przed drzwiami, upadł na ziemię i więcej o swoich siłach nie powstał. Wobec tego zupełnie prawdopodobnem jest, że wypita ilość około 2 litrów mocnego wina węgierskiego w przeciągu bardzo krótkiego czasu, w dwóch zawodach, na czczo, u człowieka nie znoszącego trunków wyskokowych, wywołała ostre przekrwienie i obrzęk mózgu tudzież obrzęk płuc, które były przyczyną zejścia śmiertelnego.

W końcu przesłuchano sądownie obwinionego Dra X. a protokół jego zeznań podajemy dosłownie: „W dniu 23. kwietnia około godziny 2. po południu wezwano mnie, abym przyszedł na plebanię, gdyż Piotr W., który był tam zajęty, zasłabł i leży na podworcu plebańskim. Udałem się tam

zaraz i zastałem Piotra W. leżącego na stole w stanie zupełnie bezprzytomnym, chrapiącego, twarz i szyję miał mocno sino zabarwioną, spojówki ócz mocno czerwono zabarwione, z ust i nosa wylewał się płyn pienisty, nieco żółtawy w miernej ilości a po zapachu można było dokładnie poznać, że to było wino. O ile się od obecnych dowiedziałem, miał Piotr W. poprzód w piwnicy plebańskiej, gdzie wino spuszczali, przebywać i napić się go w nadmiarze. Badanie tętna wykazało, że było ono regularne, nieprzyspieszone o prawidłowem napięciu. Objąwszy cały obraz chorego zaordynowałem zimne okłady na głowę, częste podawanie czarnej, mocnej kawy, lawatywę i przeniesienie chorego do łóżka, twierdząc, że obecny stan chorego jest tego rodzaju, iż przy zachowaniu wspomnionych środków nie grozi na razie niebezpieczeństwo. Gdy powyższe środki zaordynowałem, były obecnemi osoby, których sobie nie przypominam. Ponieważ prawie równocześnie dostałem telegram, aby się udać do chorego do A., więc po zaordynowaniu powyższych środków udałem się na kolej i pojechałem o godzinie 2½ do A., zkąd powróciłem do domu o godzinie 7. wieczorem.

Przypuszczenie swoje, że choremu Piotrowi W. nie grozi na razie niebezpieczeństwo, opierałem także na tem, że w czasie mojej obecności rozpoczął W. oddawać nosem i ustami płyn winny i to rokowało nadzieję, że po znaczniejszem usunięciu z żołądka nadużytego wina stan chorego znacznie się poprawić może; nadto znałem Piotra W. jako człowieka słabej konstytucyi, lubiącego się czasem w nadmiarze napić, przez co już mierna ilość użytego napoju alkoholowego mogła u niego wywołać znaczniejsze zaburzenia. Mniej więcej o godzinie 10. w nocy tego samego dnia przyszedł po mnie ojciec Piotra, Wincenty W., z doniesieniem, że synowi jest gorzej i z prośbą, ażeby się jeszcze raz do niego udać. Natychmiast udałem się do mieszkania Piotra W., którego zastałem w łóżku mocno charczącego, z większą sinicą na twarzy, z bardzo mocno przekrwionemi spojówkami gałkowemi. Badanie wykazało tętno nadzwyczaj szybkie, trudno policzyć się dające, liczba oddechów znacznie powiększona i oddychanie bardzo płytkie. Z ust i nosa wylewała się znaczniejsza ilość poprzednio opisanego płynu, usta mocno ściśnięte, bezprzytomność zupełna.

Nadmienić tutaj muszę, że spojówki obu gałek za dotykaniem zupełnie nie oddziaływały. Obraz chorobowy przedstawiał wszystkie objawy ostrego przekrwienia mózgu i płuc. Zaordynowałem okłady zimne na głowę i serce i zlewania wodą zimną głowy i karku i dalsze podawanie kawy czarnej, dodając, że obecny stan chorego jest niebezpieczny i że śmierć w kilku godzinach nastąpić może, nie wykluczywszy jednak zupełnej nadziei polepszenia. Trzeci raz rodzice po mnie nie posyłali a dowiedziawszy się na drugi dzień, że Piotr W. nie żyje, udałem się do domu jego, zastałem go już nieżywego i zauważyłem jeszcze wówczas znaczną ilość płynu pienistego w ustach i nosie. Nie poczuwam się zatem do winy z jakiegokolwiek zaniedbania powierzonego mej pieczy Piotra W., gdyż wszystko, co wiedza lekarska w takich przypadkach wskazuje, zastósowałem. — Według mojego zdania ostateczną przyczyną śmierci Piotra W. był ostry obrzęk mózgu i płuc, który wystąpił w ostatnich godzinach życia; w przypadkach zaś tego rodzaju rzadko tylko umiejętność może przynieść skuteczną pomoc. Poprzednie nadużywanie napojów wyskokowych przez zmarłego Piotra W. przyczyniło się w znacznej części do śmiertelnego zejścia“.

Oto akta, na podstawie których mieli dwaj lekarze sądowi, praktykujący w innem mieście, wydać orzeczenie celem stwierdzenia winy Dra X. przez zaniedbanie należytej opieki nad chorym Piotrem W. i przyczynienie się przez to do jego śmierci. Pytania, na które odpowiednio do wniosku Prokuratoryi państwa lekarze ci mieli odpowiedzieć brzmiały:

1) Czy wypicie takiej ilości wina, jaką według zeznań świadków miał wypić Piotr W., bezwarunkowo musiało sprowadzić szkodliwe dla zdrowia i życia każdego skutki, czy też tylko z powodu osobistego usposobienia i ustroju zmarłego?

2) Jaka kuracya chorego Piotra W. była w danym przypadku wskazana i konieczna, mianowicie już w chwili pierwszej porady Dra X.

3) Czy stan choroby Piotra W. w chwili, gdy go Dr. X. po pierwszy raz oglądal, uzasadniał obawę o zdrowie lub życie W.?

4) Czy zatem biorąc za podstawę zeznania świadków, Dr. X. przy pierwszej i drugiej poradzie postąpił według zasad sztuki lekarskiej? czy się dopuścił zaniedbania swego obowiązku i o ile zaniedbanie to wpłynęło na pogorszenie się stanu zdrowia W. i sprowadziło jego śmierć?

Na podstawie przedłożonych sobie aktów odpowiedzieli ci lekarze na powyższe pytania, jak następuje:

1. Wypicie takiej ilości wina węgierskiego, jaką według podań świadków miał wypić Piotr W., a mianowicie 1½ litra musiałoby bezwarunkowo sprowadzić mniej lub więcej szkodliwe skutki dla zdrowia każdego, zwłaszcza, gdyby tę ilość wina wypito w czasie względnie bardzo krótkim i naczczo, jakto było w przypadku niniejszym. Wypicie takiej ilości wina nie musiało jednak być bezwarunkowo w każdym innym przypadku przyczyną śmierci, a że dla Piotra W. stało się zabójczem, to tłomaczy okoliczność przez świadków zgodnie podana, że Piotr W. odznaczał się uderzająco małą odpornością na napoje wyskokowe czyli że miał bardzo słabą głowę, jak to świadkowie podawali. Wskutek małej odporności na działanie wyskoku doznawał W. tak ciężkich przypadów już po wypiciu względnie małej ilości trunku, jakie powstają u innych osób dopiero po wypiciu trunku w ilości znacznie większej; że więc wypicie powyżej wspomnianej ilości wina węgierskiego stało się przyczyną śmierci Piotra W., należy położyć na karb szczególnego usposobienia ustroju zmarłego.

2. Według podań świadków polecił Dr. X. już w czasie pierwszej swej porady podawanie Piotrowi W. czarnej kawy i użycie lewatywy. Według naszego zapatrywania się należy zarządzenia te (obok przeniesienia chorego do łóżka i wygodnego ułożenia) uznawać o tyle na razie za dostateczne, o ile niewątpliwie stwierdzono, że w tym czasie Piotr W. dobrowolnie obficie wymiotował wypite wino, i to wymiotował nawet jeszcze leżąc w piwnicy przed przybyciem lekarza; nie zachodziła przeto konieczna potrzeba sztucznego usunięcia wypitego płynu że żołądka za pomocą pompy żołądkowej lub środków wymiotnych. Owszem użycie pompy lub zadanie środków wymiotnych silnie działających mogło było u człowieka nieprzytomnego dać powód do dostania się rury przyrządu lub wymiocin do dróg odde-

chowych i wywołać groźne następstwa lub nawet śmierć natychmiastową.

3. Stan Piotra W., gdy go Dr. X. po raz pierwszy badał, nie uzasadniał obawy o życie W., obawę zaś o zdrowie uzasadniał w zupełności, gdyż Piotra W. w tym czasie już za chorego uznawać należało, a że tak rzeczywiście było, świadczy okoliczność, że posłano po lekarza i że lekarz uznawał za stosowne polecić podawanie czarnej kawy i lewatywy. Obawa o życie Piotra W. była, jak wspomniano, tem mniej usprawiedliwiona, ile że świadkowie stwierdzili, widząc stan Piotra, że stan taki pojawia się zawsze, gdy Piotr więcej się napije; gdy się zaś prześpi, jest zdrów zupełnie.

4. Biorąc tedy za podstawę zeznania świadków, musimy stanowczo oświadczyć, że Dr. X. postąpił przy pierwszej poradzie w przypadku niniejszym według zasad sztuki lekarskiej. Pogorszenie, jakie u Piotra W. nastąpiło w czasie pomiędzy pierwszą a drugą poradą, położyć należy widocznie na karb okoliczności, iż zleceń Dra X. nie wykonano, jak tego dowodzą zeznania świadków, a to widocznie polegając na doświadczeniu, że stan Piotra W. jest zwykłym stanem opilstwa, w jaki Piotr zazwyczaj popada, który jednak mija bez groźnych następstw.

5. Według powyższego nie mamy żadnej podstawy do twierdzenia, jakoby Dr. X. w leczeniu Piotra W. dopuścił się zaniedbania chorego powierzonego swojej opiece. Równocześnie nadmieniamy, że nie ma dostatecznej podstawy do przypuszczania, jakoby nawet energiczne zabiegi lecznicze zdołały usunąć niebezpieczeństwo życia, w jakiem Piotr W. znajdował się w chwili drugiej porady Dra X., gdyż wtedy według podań świadków był już obrzęk płuc a więc sprawa końcowa w całej pełni swego rozwoju.

Wobec orzeczenia powyższego zaniechano dalszych dochodzeń w sprawie niniejszej przeciw Drowi X.

W szeregu pytań stawionych znawcom, których powołano do wydania ostatecznego orzeczenia w tej sprawie, nie umieszczono wcale pytania, czy Piotra W. można było wogóle uratować i czemu właściwie przypisać winę śmierci tego młodego i zresztą zdrowego człowieka. Sądzimy, że słusznie postąpiono pomijając tę kwestyę; rozstrzygnienie jej bowiem w tym lub owym względzie nie wpływałoby na ocenienie domniemanego zaniedbania ze strony lekarza. A jednak pytanie to nasuwa się po przeczytaniu powyższego opisu. Trudno bezwątpienia ocenić przypadek klinicznie na podstawie samych podań świadków; pomimo tego przypuszczamy, że śmierć Piotra W. wynikła z braku pomocy lekarskiej w tym czasie, kiedy pomoc ta była wskazaną i potrzebną. Przy pierwszej poradzie było całe otoczenie Piotra W. w błędzie co do stanu rzeczy; nie wiedziano bowiem, ile wina wypił nieprzytomny a podaniem, że stan taki jest zwykłym u Piotra po nadużyciu napojów, rozszerzonem przez rodziców jego, wprowadzono w błąd całe otoczenie i lekarza; podczas drugiej porady była pomoc zdaniem naszem już spóźniona; był jednak zapewne czas w ciągu dnia, w którym zastósowanie środków energicznych byłoby może zapobiegło śmierci Piotra. W czasie tym był lekarz nieobecny w miejscu, gdzie sam jeden zajmował się praktyką; czyż więc można było czynić mu słusznie zarzut zaniedbania pierwszego chorego? Czy można było słusznie wymagać, aby Piotra poddał osobistej, ciągłej obserwacyi przez szereg godzin, z zaniedbaniem wszystkich innych chorych? Bez względu, komu przypisywanoby winę śmierci Piotra W., w każdym razie na lekarza nikt jej nie złoży, kto się stawi w jego położenie i uwzględni rzeczywiste stósunki. Znający zapatrywania się pewnych warstw naszej publiczności przyzna niewątpliwie, że bardzo często pomoc lekarską bierze się za jedno z pozostawieniem recepty, której brak w przypadku niniejszym stał się widocznie przyczyną skargi na lekarza.

III. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

Prof. Helferich (w Gryfii): **O wprawianiu krwawem zwichnień.**

Do przykrzejszych przypadków w prywatnej praktyce chirurgicznej lekarza należą te świeże przypadki zwichnień stawowych, które pomimo dokładnego rozpoznania, pomimo użycia rozmaitych sposobów wprawienia główki stawowej, pomimo narkozy i największej usilności pozostają niewprawione. W dawniejszych czasach przedantyseptycznych obawiano się otwarcia stawu i zwykle po nieudałych usiłowaniach naprawy pozostawiano chorą kończynę własnemu losowi, czekając, czy nie wytworzy się znośny staw nowy (*nearthrosis*). Z nastaniem ery antyseptycznej wystąpiło tu na plan pierwszy leczenie operacyjne i wkrótce przerzucono się w stronę wprost przeciwną i zaczęto stósować *larga manu* w takich zwichnieniach typową resekcyę stawu. Było to w czasie, kiedy chirurdzy uniesieni świetnemi wynikami operacyj antyseptycznych w stawach, zanadto wyidealizowali sobie skutki resekcyj, do których też uciekano się nader często.

Dziś w tym względzie zmieniły się zapatrywania. Dziś żaden już chirurg nie zechce zasadniczo wykonywać resekcyi w świeżym przypadku zwichnienia, nie dającego się odprowadzić, ponieważ może wprawić główkę przez nacięcie lub wyjęcie napinających się czy zaklinowanych w stawie części miękkich, bez uciekania się do obcinania kości.

Sama operacya nie przedstawia wielkich trudności. Po założeniu na kończynę opaski elastycznej, z zachowaniem najściślejszej antyseptyki, prowadzi się w odpowiedniem miejscu cięcie, o ile możności, podłużne, otwiera się staw, poczem bez trudności udaje się odnaleść części miękkie, przeszkadzające wprawieniu główki, które się usuwa; wreszcie tę ostatnią już bez przeszkody wprowadza się na miejsce.

Autor przedstawił na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Gryfii dwa przypadki zwichnienia w stawie łokciowym przedramienia na zewnątrz i ku tyłowi (dziewczyna 10 letnia i chłopak 13-letni) i jeden przypadek zwichnienia w biodrze *(luxatio iliaca)* u dziecka 4 letniego. Ponieważ we wszystkich tych przypadkach usiłowania wprawienia w narkozie spełzły na niczem, wykonał H. zabieg krwawy, za pomocą którego z łatwością cel osiągnął. W stawie łokciowym użył w jednym przypadku cięcia podłużnego na stronie wewnętrznej stawu, w drugim takiegoż z dodaniem mniejszego po stronie zewnętrznej; w stawie zaś biodrowym cięcia wzdłuż osi kończyny pomiędzy brzegiem *m. sartorii* i *m. tensoris fasciae latae*. Zagojenie wszędzie przez rychłozrost. Obecnie po 2 latach żadnych śladów w czynnościach kończyn niema; jedynie widocznemi są maleńkie blizny w miejscach operacyi.

Tak więc, kończy autor, niemożebność wprawienia prostego zwichnienia nie upoważnia bynajmniej do wyrzeknięcia się doraźnej poprawy i do oczekiwania, aż się utworzy staw nowy przy główce. Każde zwichnienie nadaje się i musi się nadać do wprawienia; gdzie nie uda się to drogą zwykłą, tam osiągnąć można przy pomocy noża, co przy postępowaniu aseptycznem nie przedstawia niebezpieczeństwa. Czem wcześniej wprawimy, tem rokowa-

nie pod względem funkcyonalnym lepsze. (*Deutsche med. Wochenschr. 1893. Nr. 32*). *Dr. Kryński.*

Notatki terapeutyczne.

Znany dermatolog berliński, Lassar, zaleca przeciw odmrożeniu maść:

103) Rp. *Acidi carbolici* 2·00
Emplastri simplicis
Lanolini *āā* 40·00
Olei olivarum 20·00
Essent. lavandulae gutt. 15
S. Zewnętrznie.

Ciasto usuwające włosy (*pasta epilatoria*) Unny w Hamburgu:

104) Rp. *Baryi sulfurici*
Zinci oxydati
Amyli puri
āā partes aequales
Aquae destil. q. s.
ut fiat pasta.
S. Zewnętrznie.

Ciasto przykłada się na miejsce, zkąd się ma włosy usunąć, a odejmuje je, jak tylko wyschnie, co następuje najpóźniej w 10 minut. Skóra jest zupełnie pozbawiona włosów bez zadrażnienia i bez bólu. Na toż samo miejsce nie można przykładać tego ciasta przez dwa dni po sobie.

Przeciw dychawicy zaleca Plant cygareta sporządzone według przepisu:

105) Rp. *Foliorum stramonii*
Pulveris foliorum theae viridis
āā partes octo
Foliorum lobeliae partes septem

Po zmięszaniu zwilża się wysyconym rozczynem azotanu potasowego czyli saletry, suszy i przechowuje w naczyniach szklanych szczelnie zamkniętych.

Z Czarnieckiej Góry pod Niekłaniem.

Ludzkość, zamknięta w obrębie miast, przykuta do biurka, kupieckiej lady lub warsztatu, traci w końcu równowagę duchową i fizyczne zdrowie, wpadając w znużenie lub chorobliwą drażliwość, uniemożebniającą obcowanie z ludźmi. Walka o byt, rywalizacya, hodowla różnych, łechcących zmysły a nic wspólnego ze zdrowiem nie mających przyjemności i lawirowanie śród plotek salonowych, stwarza w końcu atmosferę wielkomiejską tak duszną, iż ratunek okazuje się niezbędnym. Aby temu zaradzić, kierujemy naszych pupilów peryodycznie na parutygodniowy pobyt bądź na wsi, bądź do miejsc leczniczych i stacyj klimatycznych, mając na względzie to, iż świeże powietrze, ruch a głównie spokój i zmiana w codziennych zajęciach, sprowadzą dobre dla ustroju skutki. Za granicą oddawna rozpowszechnił się zwyczaj wyjazdu na lato; tam każdy średnio zamożny mieszczanin, przemysłowiec, artysta, literat unika zajęć dla kawałka chleba, choćby przez miesiąc, zdala od gwaru miejskiego. U nas ruch taki rozpoczął się od niedawna a należy popierać go umiejętnie w ogólnym interesie; zyskuje bowiem na tem nietylko zdrowie i dobrobyt pewnych okolic, ale niewątpliwie i rozkwit duchowy.

Do miejscowości mających niewątpliwie świetną przyszłość należy Czarniecka Góra pod Niekłaniem. Niekłań znanym był pierwotnie w sferach górniczych, potem zjawił się na liście kolejowej, jako stacya drogi dąbrowskiej a obecnie zainteresował szerokie koła publiki lekarskiej. Dlaczego? Zaraz to objaśnimy. Okolica tej stacyi wzniesiona na 983 stóp nad poziom morza, ma spóźnioną wegetacyę, późniejszy zbiór siana, późne żniwa. Śniegi leżą tu miesiąc dłużej, niż gdzieindziej a zimna pora, nawet cieplejsza, niż obecną wiosną, dobrze zarywają maja. W takich okolicznościach rolnictwo kwitnąć nie może, ziemia uboga rodzi skąpo trochę owsa i ziemniaków a w promieniu 10 milowym nikt nie uprawia pszenicy. Ludność żywi się zarobkiem w hutach żelaznych i kopalniach rudy, traczką i kurzactwem w lasach. Dalej, badając teren, znajdujemy grunt żwirowy i gruby piasek giserski, po tygodniowej ulewie grunt wysycha w godziu parę a że spadek jest znaczny, wszystkie wody spływają do rzeki Czarnej, płynącej wartkiem korytem ku zachodowi. Wahań wody podskórnej a tem samem zadatków malarycznych nie znajdzie tu śladu. Woda ze źródła Stefana, obfitująca w dwutlenek węgla i cokolwiek soli sodowych i litowych, jest wybornym napojem, wolnym rozumie się od wszelkich mikrobów. Spóźnione lato, chłodniejsza i bardzo orzeźwiająca temperatura w upały, żywsza, bo choć spóźniona, ale za to świeższa wegetacya (bzy w lipcu), składają się już na warunki uzdrowiska klimatycznego, ku czemu przyczyniają się jeszcze inne, niemniej ważne okoliczności. W Czarnieckiej bowiem Górze schodzą się 3 wielkie fortuny leśne: hr. L. Platera, księcia Giedroycia i hr. J. Tarnowskiego (posła do sejmu galic.) a każda ma 600—800 włók sosnowego lasu. Jestto więc obszar, z jakim się żaden inny w kraju równać nie może. Spadzistość terenu nie utrzymuje równowagi w powietrzu, ale z powodu blizkości rzeczki i źródła i różnic w poziomie, sprawia wahanie się łagodne atmosfery, ważenie się balsamów żywicznych, słowem inhalowanie naturalne pyłków aromatycznych, wydzielających się z kory starych i ze świeżych gałązek młodych sosen. Atmosfera to pełna lekkości i świeżości, przesiąkła aromatem żywicznym dla suchych nieżytów oskrzeli i płuc, wskazana z powodu dostatecznej wilgoci w powietrzu leśnem, dla atonicznych i ropnych form zbawienna z przyczyny masy lotnych aromatycznych pierwiastków.

W takiej to okolicy na wyniosłej górze, u źródeł leczniczych rozlokował się zakład hidropatyczny spółki lekarzy, pod kierunkiem Dra M. Misiewicza, obecnie dopiero w formie ścisłego internatu na osób 30, co rok jednak powiększany i wzorowo pod każdym prowadzony względem. W tym roku wystawiono nowy budynek, przeznaczony na pensyonat leczniczy dla młodzieży, nową halę do picia wód i łazienki dla dam. Ulepszono też znacznie zakład hidropatyczny oraz wprowadzono wiele udogodnień, n. p. wycięto dukt w lesie do kościółka we wsi Czarnej, niegdyś dziedzictwa hr. Małachowskich, obecnie hr. Tarnowskich.

W roku bieżącym zakład zwiedziło wielu sąsiednich kolegów oraz znanych lekarzy warszawskich i jeden z nich (prof. Dr. Bujwid) zbadawszy teren miejscowy, powietrze i wodę, orzekł, iż „wymarzone to warunki na stacyę klimatyczną“; inni uznali, iż zakład wodoleczniczy w tych okolicznościach sanitarnych świetnie rozwijać się będzie.

Byłoby pożądanem, aby usiłowania zarządu poparte zostały sympatyą ogółu, która wobec niezaprzeczonych zalet pierwszej wagi, może pominąć drobne usterki, łatwe do usunięcia, od których wolnym nie jest żaden prawie zakład, w pomoc

przyjść winna przedsiębiorczosc prywatna, aby ten szczęśliwy zakątek ziemi urządzić odpowiednio jego wielkiej wartości leczniczej; badania bowiem specyalistów i ludzi godnych wiary wypowiedziały bez wahania zdanie, iż Czarniecka Góra jest stacyą klimatyczną leśno-górską *par excellence*, miejscowością nieocenioną dla osób cierpiących na choroby dróg oddechowych i serca, ozdrowieńców, mając zaś małą, ale wzorową hidropatyę, nadaje się też dla chorych, których cierpienia opierają się na tle nerwowem.

IV. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Niejako na poparcie tego wyniku przytacza Dr. Klecki 6 innych doświadczeń, w których pomimo komplikacyi, jaką stanowiło zapalenie otrzewnej, znajdywał w wykluczonych pętlach podobną treść, jak w pierwszych 3-ch doświadczeniach i również w stósunkowo bardzo niewielkiej ilości; nie przywiązuje on jednak do doświadczeń tych wielkiej wagi, jako do doświadczeń *nieczystych*. U czterech innych psów znalazł Dr. Klecki obok zapalenia otrzewnej i innych zmian patologicznych w wykluczonych pętlach treść gnijącą, cuchnącą w większej ilości (kilkanaście centymetrów sześciennych), u siedmiu zaś mógł wykazać, że treść jelita wykluczonego, również gnijąca i cuchnąca, ma jako podłoże jakiś produkt patologiczny, t. j. wysięk zapalny ze ściany jelita, ropę lub krew, zmienione w większym lub mniejszym stopniu przez działanie bakteryj.

Badanie histologiczne wszystkich tych pętli wykazało zmiany patologiczne w ścianie jelita. Przy niektórych sekcyach dało się wprost wykazać, że zmiany te wystąpiły nie wskutek nagromadzenia się treści, jak to inni przypuszczali, lecz wskutek upośledzenia krążenia w ścianie jelita (zrosty). Z prac Klemma, Kadera, Straussa i Tschistowitscha i innych wiadomo, jakie zmiany zachodzą w takich pętlach, w których krążenie jest upośledzone; analogiczne zmiany znajdywał Dr. Klecki w pętlach wypełnionych taką treścią, jaką inni uważali za wydzielinę kiszki, stanowiącą podłoże kału. Z wymienionych prac wiadomo także, jaką bywa treść pętli jelitowych o upośledzonem krążeniu; treść ta odpowiada treści znalezionej w 7-u odnośnych doświadczeniach. Kader wykazał, że nawet nadmierne nagromadzanie się gazów w jelicie zaciśniętem a więc zamkniętem (t. z. wzdęcie brzucha miejscowe, *localer Meteorismus*) jest skutkiem zboczenia w krążeniu danej pętli jelitowej.

Na zasadzie powyżej przytoczonych danych dochodzi Dr. Klecki do następujących wniosków:

1) Wobec braku lepszej metody doświadczalnej, któraby dozwalała wykazywać bezpośrednio sprawy, zachodzące w świetle jelita prawidłowego, można opierać się na doświadczeniach, w których jako sposobu pomocniczego użyto wykluczenia pętli jelitowych, jednakowoż przestrzegać należy w doświadczeniach tych koniecznego warunku, by wykluczona pętla pozostawała aż do śmierci zwierzęcia w stanie o ile można, prawidłowym.

2) Ściana jelita prawidłowego wydziela stosunkowo niewielką ilość masy śluzowatej, która w obecności nawet dość licznych żyjących drobnoustrojów nie podlega znaczniejszemu rozkładowi gnilnemu.

3) W wykluczonych pętlach, z których usunięto początkowo przeważną ilość bakteryj a w których znajdujemy treść gnijącą, zbliżoną do kału, wykazać można najczęściej (we wszystkich doświadczeniach Dra Kleckiego oraz prawie we wszystkich doświadczeniach poprzednich autorów) zmiany patologiczne w ścianie jelita; zmiany te (częstokroć wraz z wynikiem badania samej treści) skłaniają do przypuszczenia, że podłoże tej treści kałowej jest wytworem patologicznym.

Dla chirurgii praktycznej wysnuwa Dr. Klecki z pracy niniejszej następujące wnioski: niebezpieczeństwo, grożące chorym chirurgicznym po wykluczeniu i zapuszczeniu do jamy brzusznej zaszytej na końcach pętli jelitowej, polega nie na nagromadzeniu się w tej pętli fizyologicznej wydzieliny kiszki, ale na sprawach patologicznych, występujących często wskutek samej operacyi. W przypadkach chirurgicznych, w których wykluczenie jelita mogłoby być wskazanem, dokładne oczyszczenie światła jelita jest nadto niemożebnem, sama zaś pętla jelitowa przedstawia zmiany patologiczne, wywołane samą sprawą chorobową, wskutek której przystąpiono do operacyi. Jedyną dobrą stroną nowej operacyi jest to, że chorobowo zmieniona pętla jelitowa zostaje wykluczoną z obiegu kału; nie należy jednak zapominać o tem, że główne ognisko choroby (nowotworowe czy zapalne) pozostawia się w ustroju. W porównaniu z enteroanastomozą nie przedstawia więc ona prawie żadnych zalet a jest pod względem technicznym bardziej skomplikowana, zabiera więcej czasu a nadto stwarza okoliczności, powiększające niebezpieczeństwo powstające przez wytwarzanie się zrostów otrzewnowych. Zdaniem Dra Kleckiego operacya ta wielkiej przyszłości w chirurgii mieć nie może.

Prof. Cybulski zaznacza, że pierwotna myśl pracy, przedstawionej przez Dra Kleckiego, powstała w zakładzie fizyologicznym krakowskim, oraz że sprawą tą interesuje się prof. Cybulski od lat wielu. Sprawa ta wymaga jednak jeszcze dokładniejszego opracowania ze stanowiska chemicznego; prof. Cybulski wskazuje na pracę Pflügera w tej kwestyi, która wyszła w ostatnich czasach a która mogłaby służyć za punkt wyjścia do rozszerzenia pracy Dra Kleckiego pod względem chemicznym. Pętle jelitowe, które wykluczał Dr. Klecki, były za krótkie; należałoby wykluczać znacznie dłuższe odcinki przewodu pokarmowego (kilkadziesiąt centymetrów) i brać je z rozmaitych części jelita. Prof. Cybulski nie zgadza się na to, by działanie przeciwgnilne soku żołądkowego polegało wyłącznie na działaniu kwasu solnego, pepsyna zaś nie odgrywała w tym względzie żadnej roli; pewne doświadczenia fizyologiczne (strawienie żyjącej łapki żabiej przez sok żołądkowy) przemawiają za tem, że pepsyna trawi, a więc niszczy żyjącą protoplazmę; działa więc także na żyjące drobnoustroje.

Prof. Obaliński sądzi, że wszystkie nowe operacye powinny być najpierw wypróbowane na zwierzętach, tak jak to uczynił Dr. Klecki z wykluczeniem pętli jelitowych; następnie przytacza prof. Obaliński przypadek ze swojej praktyki, w którym niejako wykluczone jelito zawierało bardzo obfitą treść płynną, cuchnącą kałem. Nowej operacyi nie przepowiada prof. Obaliński świetnej przyszłości.

Prof. Browicz twierdzi, że ostateczne wnioski, jakie Dr. Klecki wyprowadza ze swej pracy, są cokolwiek przedwczesne. Prof. Browicz był obecnym przy trzech sekcyach psów operowanych przez Dra Kleckiego; w dwu przypadkach treść była stósunkowo obfita, cuchnąca, zbliżona do kału a ściana pętli wykluczonej przynajmniej makroskopowo nie przedstawiała poważniejszych ścian. Prof. Browicz sądzi więc, że sprawa powstawania kału wymaga jeszcze dalszych badań.

Dr. Klecki przypomina, że w drugim przypadku, który prof. Browicz przytacza, żółto zabarwiana treść pętli wykluczonej nie była w ilości obfitej a było jej tylko 4·5 cm. sześć. oraz że treść ta była płynna, gęsta, ciągnąca się i nie cuchnęła zupełnie kałem.

Prof. Rydygier oświadcza, że również interesował się pracą Dra Kleckiego, zwłaszcza, że już przed bardzo dawnym czasem, bo przed 10 laty, poruszał kwestyę, co się też dzieje z treścią jelitową, której wydalenie jest niemożebnem. Dalej zwraca uwagę prof. Rydygier, że prze-

ważną liczbę doświadczeń operacyjnych robił Dr. Klecki bez narkozy chloroformowej a po znieczuleniu powłok brzusznych kokainą. Psy zachowywały się podczas operacyi zupełnie dobrze a po operacyi nie ginęły wskutek narkozy tak, jak to bywało po pierwszych doświadczeniach, w których psy chloroformowano.

Dr. Kryński zarzuca Drowi Kleckiemu, że nie liczy się z temi doświadczeniami, których wyniki nie są zgodne z wynikami jego doświadczeń, i wskazuje przy tem na doświadczenia Reichla. Wyniki doświadczeń tych przemawiają przeciwko wywodom Dra Kleckiego a badanie histologiczne ściany wykluczonych jelit wykazało, że ściana ta była zupełnie prawidłową, że były tylko ilościowe zmiany w komórkach kielichowatych. Dalej twierdzi Dr. Kryński, że przemywanie światła jelita kwasem solnym 2 : 1000 nie mogło być obojętnem dla błony śluzowej, lecz musiało działać na nią w sposób niszczący.

Dr. Gabryszewski przytacza przypadek kliniczny przepukliny, który operował bez narkozy chloroformowej, po znieczuleniu skóry kokainę; chory zachowywał się podczas operacyi bardzo spokojnie i nie narzekał na mocny ból.

Doc. Dr. Trzebicky operuje przepukliny przez laparatomią w ścisłem znaczeniu; od jakiegoś czasu robi stale te herniolaparatomie bez narkozy chloroformowej, lecz w kokainie i jest bardzo zadowolonym z tego sposobu znieczulania.

Prof. Gluziński zwraca uwagę, że Dr. Klecki nie przytoczył, jakie pętle wykluczał, a treść rozmaitych części przewodu pokarmowego jest bardzo rozmaita. Sztuczne usuwanie bakteryj ze światła jelita nie zgadza się z fizyologicznemi warunkami, gdyż w świetle jelita zawsze znajdują się bakterye w wielkiej ilości. Jeśli światło jelita desinfekcyonowano, to nie widzi prof. Gluziński wielkiej różnicy pomiędzy desinfekcyą sublimatem a sokiem żołądkowym, gdyż sposób działania antyseptycznego obydwu tych płynów jest mniej więcej jednaki. Dalej zaznacza prof. Gluziński, że w dyskusyi powyższej rozmaite rzeczy nazywano kałem; potrzeba więc koniecznie ściśle oznaczyć, co mamy rozumieć pod tą nazwą.

Prof. Cybulski odpowiada, że istnieje ścisłe, fizyologiczne określenie kału, uwzględniające wejrzenie, konsystencyę, zabarwienie, zapach oraz skład chemiczny.

Dr. Sawicki (z Warszawy) przypuszcza, że sok żołądkowy nie wywoływał poważniejszych zmian w błonie śluzowej, gdyż prawidłowa błona śluzowa jelita cienkiego oddziaływa kwaśno, jak to wykazał Nencki, a odczyn ten polega na obecności kwasu solnego, który wykazać się daje na całym obszarze jelita cienkiego aż do zastawki Bauhiniego.

Z powodu przybycia internistów na posiedzenie zjazdu, pragnących wziąć udział w dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego, odłożono odpowiedź Dra Kleckiego na zarzuty, zrobione jego pracy, do posiedzenia rannego dnia następnego.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego.

Prof. Obaliński jeszcze raz w krótkich słowach streszcza główne wnioski, do których doszedł, opierając się na 110 własnych przypadkach, i streszcza je w ten sposób, że jeżeli lekarz, wezwany do chorego, może stwierdzić obadwa wyż omówione objawy a nawet jeden z nich, należy jak najwcześniej przystąpić do operacyi. Jeżeli można stwierdzić, że niedrożność jelita jest tylko czynnościowa, nie należy operować; jeśli zaś można wykazać niedrożność anatomiczną, to trzymać się należy zdania, wypowiedzianego przez Stromeyera: jeśli lekarz do takiego przypadku wezwany zostanie w dzień, trzeba operować przed zachodem słońca, jeśli zaś w nocy, przed wschodem słońca. Dalej odpowiada prof. Obaliński Drowi Schrammowi, że nawet w 3-ch przypadkach zapalenia gruźliczego otrzewny, laparotomia była potrzebną; w 2 z tych przypadków można było przekonać się o kłębieniu się jelit, w jednym z nich znaleziono podczas operacyi załamanie jelita. Prof. Obaliński przytacza szczegóły tych przypadków oraz zwraca uwagę na zdarzające się czasami podczas operacyi gwałtowne wymioty, mogące stać się przyczyną śmierci. Prof. Obaliński przytacza taki przypadek z własnej praktyki i kończy wezwaniem, by przypadki anatomicznej niedrożności jelita operować jak najwcześniej.

Prof. Korczyński (z Krakowa). Od czasu, w którym zaczęto leczyć chirurgicznie niedrożność jelita, w klinikach wewnętrznych spotykają się podobne przypadki bardzo rzadko, gdyż lekarze odsyłają je wprost do oddziałów chirurgicznych. Współudział internistów w tej chorobie sprowadza się do dyagnozy, oczywiście jak najwcześniejszej. Niestety, nie zawsze jest to możebnem; potrzeba jeszcze wielu badań klinicznych, statystycznych, zanim owa pożądana, wczesna dyagnoza będzie w wielu przypadkach możebną. Zdarzają się przypadki tak zawikłane pod względem rozpoznawczym, że nawet przy wzajemnej pomocy interniści wraz z chirurgami nie mogą ich rozpoznać. W Krakowie wyrobił się zwyczaj, że podobne przypadki najczęściej właśnie badają wspólnie interniści i chirurdzy; zasadą tą przejęli się i lekarze na prowincyi tak, że przypadki we właściwem znaczeniu zaniedbane prawie już się nie zdarzają, przeciwnie częściej operuje się takie przypadki za wcześnie lub nawet niepotrzebnie. Interniści mają rozstrzygać, czy niedrożność jest czynnościową, czy też mechaniczną; ale podstawy, na których rozpoznanie to ma się opierać są jeszcze bardzo niepewne; to też największy niepokój ogarnia internistę, gdy przez dzień, dwa lub więcej nie może na pewne sprawy rozpoznać w przypadku, w którym podejrzywać można niedrożność jelita a przypadki takie zdarzają się niezbyt rzadko. Objawy, na które wskazuje prof. Obaliński, są oddawna znane w medycynie wewnętrznej; nazwy ich były tylko odmienne; objawy te mają bez wątpienia poważne znaczenie pod względem rozpoznawczym, brak tych objawów nie wyklucza jednak anatomicznej niedrożności jelita i w takich przypadkach najbieglejsi lekarze mogą się mylić w rozpoznaniu. Wobec tego, że czasami rozpoznanie jest zupełnie niemożebnem, zwlekanie zaś z operacyą w wielu takich przypadkach może mieć fatalne dla chorego następstwa, skłania się prof. Korczyński do tego, by wogóle operować wcześnie, nawet w przypadkach o rozpoznaniu niezupełnie pewnem, gdzie może się okazać, że operacya była niepotrzebną.

Z powodu nagłego wyjazdu prof. Obalińskiego ciąg dalszy dyskusyi nad jego wykładem odłożono do dnia następnego i zamknięto III posiedzenie zjazdu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości bieżące.

— Wybuch epidemij, osobliwie cholery i strach przed niemi mają przynajmniej tę dobrą stronę, iż nawołują ogół do zrobienia porządku higienicznego i pozwalają władzom poczynić takie poprawy pod względem sanitarnym, które w innych czasach rozbiłyby się o opór lub obojętność ludności.

Jednym z największych usterków higienicznych u nas są zbiorniki nawozu po wsiach tuż przy domach. To, co z natury rzeczy i z nakazu prostego ze strony zmysłu powonienia i wzroku każdy oddala od siebie lub przynajmniej oddalać powinien, włościanin nasz umieszcza tuż przed swym domem, by mieć wprawdzie na oku te skarby dla swej roli, ale zarazem napawać się ich widokiem i wziewać nieustannie unoszące się z nich gazy. Wobec dzisiejszego stanu nauki o chorobach zakaźnych i doświadczenia niewątpliwego, które wskazuje, iż najpewniejszą ochroną przeciw wielu chorobom zakaźnym, że tu wymienimy tylko cholerę, dur brzuszny i osutkowy, te wielkie plagi czasowe lub ciągłe dla naszej ludności, jest jak największa czystość w najszerszem tego słowa znaczeniu, sądzimy, iż przyszła chwila korzystania z obecnej epidemii cholery, zerwania raz z tym wiekowym a zgubnym zwyczajem i wydania ustawy

w przedmiocie przechowywania nawozu i materyj kloacznych po wsiach. Pod grozą epidemii nie przyjdzie zbyt trudno nie tylko ułożyć, ale i przeprowadzić ustawę w tej mierze a wkrótce przekona się ludność o wielkim pożytku nie tylko sanitarnym, ale i ekonomicznym z reformy na tem polu. Takie bowiem otwarte ze wszech stron gnojowiska po wsiach, prowadzą do ogromnej straty materyałów pożywnych dla roślin, że tu wymienimy tylko unoszący się w powietrze amoniak i ługowane przez opady atmosferyczne połączenia stałe, w wodzie się rozpuszczające, które nie tylko, że giną dla roli, ale zarazem w bardzo szkodliwy dla zdrowia sposób zakażają grunt i wodę gruntową.

Ponieważ *paulatim summa petuntur* a i rolnik każdy jest bardzo konserwatywny i nie łatwo zmienia złe tryby, uświęcone wiekowym zwyczajem, możeby należało początek reformy, o której mowa, zrobić w Krakowskiem, gdzie i włościanin najoświeceńszy i od lat 80 jest wyłącznym panem swej ziemi i gdzie grunt jest najdroższy, a ponieważ *exempla trahunt*, przeto kolejno możnaby przeprowadzić reformę w całym kraju i w ten sposób połączyć najlepiej i najpraktyczniej względy higieniczne z ekonomicznemi. Tylko jeden warunek konieczny zdaniem naszem do pomyślnego załatwienia sprawy: nie dążyć odrazu do doskonałości, nie żądać zbiorników na nawóz kosztownych, murowanych i t. p., lecz zadowolnić się na razie urządzeniem taniem, ile można tylko szczelnem i od chat oddalonem.

— **Cholera** szerzy się dalej, jednakowoż nie występując i teraz nigdzie bardzo gwałtownie. Co się tyczy Galicyi, to zajętych jest po jednej lub kilka gmin w powiatach nadworniańskim, stanisławowskim, bohorodczańskim, żydaczowskim, brzeskim, kołomyjskim i limanowskim, nadto miasto Kołomyja. — W Krakowie pojawiły się dotychczas trzy przypadki cholery, wszystkie w jednym domu przy ulicy Miedzncha na Kazimierzu i wszystkie trzy zakończyły się śmiercią. Badanie bakteryologiczne dokonane w pierwszym przypadku po śmierci przez Dra E. Piotrowskiego, asystenta katedry anatomii patologicznej, nie wykazało znanych prątków z przyczyny zapewne zbyt późnego okresu choroby, w którym śmierć zaszła; badanie w dwóch zaś innych przypadkach, które po kilku godzinach zakończyły się śmiercią, wykryło prątki przecinkowe. Geneza pierwszego przypadku w Krakowie nie jest wyjaśniona, najpodobniej do prawdy dlatego, ponieważ od ludności nie można się dowiedzieć istotnego stanu rzeczy. Dom, w którym się cholera pojawiła, i sąsiedni izolowano, otoczono kordonem wojskowym i nie pozwala się do nich nikomu ani wchodzić ani wychodzić prócz osób urzędowych. Kwarantana dla tych dwóch domów trwać będzie przez 5 dni, rachując od ostatniego przypadku zasłabnięcia. Stan zdrowia w mieście pomyślny a ludność przekonana o skuteczności zarządzeń zaradczych ze strony władzy, zupełnie spokojna. — W Królestwie Polskiem występuje cholera w guberniach łomżyńskiej i kaliskiej, w tej głównie w mieście Kole. Dalej donoszą o liczniejszych przypadkach z miast Moskwy, Orła, Kijowa a świeżo o pojawieniu się cholery w Rotterdamie, Wiedniu, ponownem w Berlinie. I w Węgrzech szerzy się cholera coraz bardziej i zajmuje coraz więcej komitatów a doniesienia, jakie ztamtąd dochodzą, nie świadczą dobrze ani o energii władz autonomicznych ani o stopniu wykształcenia ludności. Krótko mówiąc, z wyjątkiem państw skandynawskich i kilku na półwyspie bałkańskim, o ile z tych ostatnich można mieć dokładne wiadomości, cholera występuje obecnie prawie we wszystkich państwach europejskich.

— Uniwersytety niemieckie a mianowicie ich wydziały lekarskie używają widocznie a niewątpliwie i słusznie bardzo dobrej opinii za granicą, skoro na 8159 uczniów Wydziału lekarskiego w półroczu letniem ubiegłego właśnie roku szkolnego było aż 3536 z poza Cesarstwa niemieckiego. Cudzoziemcy ci rozdzielają się na różne uniwersytety bardzo nierówno i gdy w jednych przeważają i to znacznie nad Niemcami, w innych stanowią zaledwie małą ich cząstkę. Tak w Monachium było 709 obcych a 501 Niemców, w Wircburgu liczby odpowiednie były 544 i 144, we Fryburgu w Bryzgowii 353 i 96, w Heidelbergu 204 i 81. W większości są także cudzoziemcy w Erlandze, Gisenie, Jenie, Lipsku, Roztoce, Sztrasburgu i Tybindze. Na odwrót w Berlinie było Niemców 837 a cudzoziemców tylko 279. Najmniej cudzoziemców uczęszczało na medycynę we Wrocławiu (4), Królewcu (15), Gryfii (30), Halli i Getyndze (po 41).

— Do izby deputowanych francuskiej wybrano w ostatnich wyborach 23 lekarzy, między nimi znanego w piśmiennictwie zawodowem prof. Lannelongua.

— Ze względu, iż niektóre choroby zakaźne a mianowicie gruźlica, szerzą się lub szerzyć mogą za pośrednictwem plwocin, wydano w Paryżu na podstawie opinii rady zdrowia francuskiej zakaz spluwania w miejscach publicznych i umieszczono w tej mierze stósowne ogłoszenia w omnibusach, wagonach tramwajowych, biurach i t. p. Rozporządzenie to przydałoby się bardzo i u nas, nawet w pokojach poczekalnych lekarskich!

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 9. Września 1893. Nr. 36.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	3½ „	6 „

I. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych.

Napisał

Dr. A. Beck.

Pytanie, jakiemi drogami ciecze i substancye rozpuszczone, jakoteż nieropuszczalne dostają się z jam surowiczych do obiegu krwi, zajmowało oddawna wielu badaczy. Lubo jednakże kwestya ta była tylokrotnie przedmiotem badań, mimo to nie możemy jej uważać za załatwioną i rozstrzygniętą. Wprawdzie wiemy z pewnością, że ciecze wprowadzone do jam surowiczych ulegają wraz z rozpuszczonemi w nich substancyami wessaniu, że także z jamy opłucnowej, otrzewnowej lub innej jamy surowiczej wypociny, bogate nieraz w składniki morfotyczne, ulegają resorpcyi, jednakże, jaką drogą odbywa się to wessanie, wiadomości nasze nie są jeszcze pewne. Będziemy mieli poniżej sposobność przekonania się, że zapatrywania się pod tym względem często są sprzeczne.

Wobec doniosłego znaczenia, jakiego nabrały wstrzykiwania i infuzye podskórne i wżylne w nowoczesnej terapii, zyskuje także fizyologia i patologia resorpcyi z jam surowiczych niemałe znaczenie o tyle, że i na wstrzykiwania do jamy brzusznej w celach leczniczych nietylko zwraca się uwagę, ale że infuzyj takich w rzeczywistości już w odpowiednich przypadkach próbowano.

Z tego powodu kwestyę powyższą uczyniłem przedmiotem swych badań. Doświadczenia, które w tym celu wykonałem, tyczyły się tylko resorpcyi ciał stałych, w wodzie nierozpuszczalnych, z jamy brzusznej i klatki piersiowej,, gdyż głównie pod tym względem sprzeczności między rozmaitemi zapatrywaniami są najznaczniejsze.

Naukę o resorpcyi ciał stałych z jam surowiczych zainicyował R e c k l i n g h a u s e n[1]) doświadczeniami na królikach. Wstrzykiwał on królikom do jamy brzusznej mleko, żółtko, cynober i t. p. i znajdywał wypełnione ciałami temi naczynia limfatyczne środka ścięgnistego (*centrum tendineum*) przepony. W celu przekonania się, któremi drogami ciała wprowadzone do jamy brzusznej dostają się do naczyń limfatycznych, umieszczał pod mikroskopem wyciętą część ścięgnistą przepony królika, zwróciwszy ją powierzchnią otrzewnową ku górze i nalewał na nią cienką warstewkę mleka. Obserwując preparat ten przez czas dłuższy, dostrzegł, że w różnych miejscach przepony powstawały wiry, ku którym ciecz wraz z kuleczkami tłuszczowemi szybko się posuwała i w których kulki tłuszczowe znikały, jak gdyby wchodziły do głębi. Miejsca, w których pojawiały się takie wiry, uważa R. za otwory naczyń limfatycznych. Działając następnie na środek ścięgnisty azotanem srebrowym, wykazał R. pomiędzy komórkami śródbłonkowemi czarne miejsca różnej wielkości i postaci, które uważał za identyczne z dopiero co opisanemi otworami i dał im nazwę u s t (*stomata*). Doświadczenia takie same, które R. wykonał ze strony klatki piersiowej, nie doprowadziły go do pomyślnego rezultatu

O e d m a s s o n[2]) znalazł prócz opisanych dopiero pól ciemnych pomiędzy komórkami śródbłonkowemi także jasne, okrągławe twory, usadowione na granicy dwóch lub kilku komórek a twory te także uważa za *stomata*.

Badanie Recklinghausena znalazły wkrótce potwierdzenie w doświadczeniach Ludwiga i jego uczniów. Na samprzód wspomnieć należy o pracy L u d w i g a i S c h w e i g g e r - S e i d e l a[3]), która zawiera prócz dokładnego opisu naczyń limfatycznych przepony, powtórzenie wyników po-

[1]) Zur Fettresorption. Archiwum Virchowa t, 26.

[2]) Beitrag zur Lehre von dem Epithel. Archiwum Virchowa t. 28.

[3]) Ueber das Centrum tendineum. Arbeiten aus der physiologischen Anstalt zu Leipzig. 1866.

danych przez Recklinghausena. L. i S.-S. rozróżniają dwa systemy naczyń limfatycznych w przeponie. Jeden z nich bliżej powierzchni piersiowej położony, tworzy gęstą sieć grubszych naczyń, opatrzonych zastawkami, drugi zaś składa się z naczyń przebiegających w kierunku promieni i leżących na powierzchni brzusznej; ostatni ten system napełnia się pierwszy po wprowadzeniu pewnych substancyj do jamy brzusznej. Autorowie ci znaleźli także między śródbłonkami otworki, które zdaniem ich prowadzą do naczyń limfatycznych.

Podobne stósunki, jak w środku ścięgnistym przepony, znaleźli Schweigger-Seidel i Dogiel[1]) w przegrodzie, która u żab oddziela jamę otrzewnową od t. zw. wielkiego zbiornika limfatycznego (*cysterna lymphatica magna*). I tu widzieli ci autorowie otwory między śródbłonkami, które uważali za komunikacye między obiema jamami.

Z zakładu fizyologicznego w Lipsku pochodzi w dalszym ciągu praca Dybkowskiego[2]), który zajął się zbadaniem naczyń limfatycznych opłucnej i resorpcyi z klatki piersiowej. Dybkowskiemu udało się wprowadzić do naczyń limfatycznych masę injekcyjną przez wstrzyknięcie jej ostrą strzykawką do tkanki podopłucnowej i w ten sposób wykazać, że naczynia te tworzą sieć li tylko w tych częściach opłucnej ściennej, która pokrywa przestwory międzyżebrowe (*pleura intercostalis*); opłucna okrywająca same żebra (*pleura costalis*) nie posiada naczyń limfatycznych. D. znalazł także pomiędzy komórkami śródbłonkowemi opłucnej lejkowate zagłębienia a na przekrojach opłucnej, której naczynia limfatyczne były nastrzykane, widział sterczące pomiędzy komórkami śródbłonka ku powierzchni czopy masy injekcyjnej. D. jednak nie wspomina wcale o tem, czy masa sztucznie wstrzyknięta dostała się na powierzchnią wolną opłucnej. Drobno sproszkowane ciała wprowadzone do jamy opłucnowej ulegają według D. wessaniu jedynie za pośrednictwem naczyń limfatycznych opłucnej międzyżebrowej.

W sprzeczności z opisanemi wypadkami znajdują się rezultaty badań, podane przez Afanassiewa[3]) z Charkowa. A. wstrzykiwał do jamy brzusznej lub klatki piersiowej obojętny rozczyn karminu lub krzepnącą masę klejową, zabarwioną karminem i znajdywał oczywiście wszystkie narządy, z któremi karmin się stykał, jednostajnie czerwono zabarwione. Mocz nabierał również zabarwienia czerwonego. Gdy substancye w wodzie rozpuszczalne łatwo ulegały wessaniu, nie udawało się A. odnaleść w układzie limfatycznym ciał w wodzie zawieszonych a nierozpuszczonych, które wprowadził był do jam surowiczych. A. zaprzecza także istnienia otworów pomiędzy śródbłonkami, owych *stomata* Recklinghausena. W przeciwieństwie do Dybkowskiego znalazł A., że naczynia limfatyczne opłucnej są równo rozdzielone na opłucną okrywającą żebra, jak na okrywającą przestwory międzyżebrowe.

[1]) Ueber die Peritonealhöhle bei Fröschen u. ihren Zusammenhang mit den Lymphgefässen. Arbeiten aus dem physiol. Inst. zu Leipzig 1866.
[2]) Ueber Aufsaugung u. Absonderung d. Pleurawand. Tamże 1866.
[3]) Ueber den Anfang der Lymphgefässe in den serösen Höhlen. Arch. f. pathol. Anat. Bd 44.

Podobnie jak Afanassiew zaprzecza i Walther[1]) istnienia otwartych komunikacyj między naczyniami limfatycznemi a powierzchnią opłucnej. Nadto Foa[2]) i Tourneux[3]) oświadczyli się przeciw istnieniu połączenia między workiem limfatycznym a jamą otrzewnową u żab.

Natomiast wystąpił E. Klein[4]) jako stanowczy obrońca otworów naczyń limfatycznych. Jednakże rozumie on przez *stomata* zupełnie inne otwory jak te, które opisał Recklinghausen i jego następcy. Klein odróżnia mianowicie prawdziwe otwory, *stomata vera* od t. zw. *pseudostomata*. Prawdziwe *stomata* tworzą kanały wysłane śródbłonkiem a łączące w *centrum tendineum* jamę brzuszną z naczyniami limfatycznemi. *Pseudostomata* powstają przez wrastanie komórek tkanki łącznej pod warstwą śródbłonka położonych pomiędzy komórki śródbłonkowe.

Dalsze badania naczyń limfatycznych przeprowadzał Rajewski[5]) w swych doświadczeniach nad resorpcyą w przeponie u człowieka. Nazwa *resorpcya* jest jednak w jego badaniach co najmniej za śmiała, albowiem trudno mówić o wessaniu, zatem o sprawie życiowej, w narządzie wyciętym z zwłok przynajmniej w kilkanaście godzin po śmierci. R. nastrzykiwał w środek ścięgnisty przepony człowieka zapomocą tuszu w podobny sposób, jak to czynił Recklinghausen na przeponie królika, i miał w ten sposób studyować przebieg naczyń limfatycznych przepony.

Podobne doświadczenia na przeponie ludzkiej wykonali Bizzozero i Salvioli[6]). Znaleźli jednak, że nie w środku ścięgnistym napełniają się naczynia limfatyczne substancyą nalaną na otrzewnową powierzchnię przepony, lecz sieć naczyń znajdujących się więcej ku obwodowi.

Badania Fleinera[7]) tyczyły się wessania ciał w zawiesinie się znajdujących, wprowadzonych do płuc albo do jamy opłucnowej. Nas obchodzą tu tylko doświadczenia nad wessaniem z jamy opłucnowej. Według Fleinera zjawia się tusz, wprowadzony do jamy opłucnowej, już w ciągu kilku minut w naczyniach i gruczołach limfatycznych klatki piersiowej. Resorpcya rozpoczyna się z pierwszym oddechem po wstrzyknięciu a kilka silnych oddechów wystarcza, aby dość znaczna ilość wprowadzonej substancyi dostała się do dróg limfatycznych. Gruczoły limfatyczne chorobowo zmienione nie przepuszczają ciał, ktore dostały się do naczyń limfatycznych, i z tego wnosił F., że zmiany patologiczne w gruczołach limfatycznych przeszkadzają resorpcyi.

Znaczny postęp w wyjaśnieniu kwestyi obecnie nas obchodzącej zawiera praca Notkina[8]). Notkin przekonał się, że substancye w wodzie rozpuszczalne dostają się z jamy otrzewnowej wprost do obiegu krwi z ominięciem układu naczyń limfatycznych. Natomiast tak zwane substancye koloidowe jakoteż ciałka krwi lub tusz wchodzą najpierw do naczyń limfatycznych, zkąd dopiero dostają się do krwi.

[1]) Landzerts Beiträge zur Anatomie u. Physiologie I. str. 94.
[2]) Archiv f. pathol. Anat. tom 65.
[3]) Journal de l'anatomie X. 1874.
[4]) The anatomy of the lymphatic system I. London 1873.
[5]) Ueber Resorption am menschlichen Zwerchfell bei verschiedenen Zuständen. Virchowa Arch. t. 64. 1875.
[6]) Archivio per la scienze medicale 1877., i Med. Centralblatt XV. 1877.
[7]) Archiwum Virchowa tom 112. 1889.
[8]) Vorläufige Mittheilung über Experimente zur Lehre vom Ascites. Wiener klin. Woch. 1888. N. 34.

Notkinowi udało się wykazać prowadzące z jamy otrzewnowej do naczyń limfatycznych otwory, które po wywołaniu zapalenia otrzewnej zatykają się przez bujający śródbłonek, i ztąd tłomaczy upośledzenie resorpcyi wypociny w przebiegu zapalenia otrzewnej.

W końcu wymienić jeszcze należy pracę C a s s a ë t a[7]), w której autor między innemi zajmował się wykazaniem miejsca, do którego dostają się po upływie dłuższego czasu ciała wprowadzone do jamy otrzewnowej. C. wstrzykiwał królikom i świnkom morskim do jamy brzusznej cynober lub inne ciała i zabijał zwierzęta dopiero po 4—9 godzinach. Doświadczenia doprowadziły go do wniosku, że ciała te dostają się do komórek wędrujących, rzadziej do komórek tkanki łącznej lub śródbłonków i za pośrednictwem komórek wędrujących wchodzą do naczyń limfatycznych i krwionośnych. Z naczyń krwionośnych wychodzą na nowo komórki te wraz z swym ciężarem i pozostają w narządach. C. dochodzi do ogólnego wniosku, że wessanie ciał stałych jest wyłącznie dziełem fagocytozy.

W doświadczeniach, z których mam zdać sprawę, starałem się przedewszystkiem wyświecić należycie, czy i jakie istnieją komunikacye między jamą otrzewnową a naczyniami limfatycznemi przepony. Używałem do swoich doświadczeń przeważnie królików, jednakże miałem także sposobność badania naczyń limfatycznych w przeponie u psów, świnek morskich, kotów i małpy. Najodpowiedniejszą do badania okazała się przepona królika, której część ścięgnista przeważa nad częścią mięśniową, jest bardzo cienka i przeźroczysta.

W celu przedstawienia s t o m a t ó w na powierzchni brzusznej przepony otwierałem, postępując za wskazówkami Notkina i Schlesingera, u dopiero co zabitego zwierzęcia jamę brzuszną, podwięzywałem przełyk i duże pnie naczyń zapomocą przewiązki obejmującej także stos kręgowy. Następnie usuwałem żołądek i jelita i odcinałem dolną część tułowia wraz z kończynami. Postępowanie to odbywało się z nadzwyczajną szybkością a skoro górną część ciała odpreparowano w powyższy sposób, nalewałem rozczyn $^1/_2\%$ azotanu srebrowego na przeponę, t. j. na jej powierzchnię otrzewnową, ku górze zwróconą. Wątrobę unosiłem przy tem zapomocą szczypczyków ku górze, zwracając baczną uwagę na to, aby instrumentem nie dotknąć się powierzchni przepony. Rozczyn azotanu srebrowego zmieniano raz lub dwa razy a wystąpienie białego zabarwienia przepony było znakiem, że posrebrzenie jest dostateczne.

Wypłukawszy następnie preparat przez kilka minut w strumieniu wody płynącej, wycinałem przeponę wraz z tą częścią klatki piersiowej, do której się narząd ten przyczepia, i umieszczałem otrzymany w ten sposób pierścień kostny złożony z kilku kręgów, żeber i dolnej części mostka wraz z przeponą w wodzie, którą w ciągu doby często zmieniano. Preparat wystawiony był na działanie światła dziennego a na drugi dzień znać było na nim impregnacyę otrzewnowej powierzchni przepony srebrem. Po przeleżeniu przez kilka godzin w glicerynie, w której przepona stała się zupełnie przeźroczysta, krajałem ją nożyczkami w skrawki odpowiedniej wielkości i przygotowawszy w ten sposób z całego środka ścięgnistego sporą ilość preparatów, poddawałem je badaniu drobnowidowemu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[7]) De l'absorption des corps solides. Archives de médecine experim. et d'anat. pathol. 1893.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał

Dr. M. Cercha,

I-szy asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35.)

A teraz jeszcze słów kilka o dyskusyi, jaka się toczyła na ostatnim zjeździe ginekologów w Wrocławiu w przedmiocie cięcia łonowego.

Referował Zweifel z Lipska. Na podstawie 14 przypadków wypowiada referent zdanie swoje o tym zabiegu. Matki wszystkie uratowano, dwoje dzieci umarło zaraz po porodzie. Zweifel twierdzi, że po przecięciu najlepiej zostawić przebieg porodu siłom natury. Przyznaje, że krwotok z ciał jamistych łechtaczki bywa znaczny, przyznaje, że założenie szwów kostnych jest trudne, że leczenie po operacyi jest żmudne, że często powstaje niemożność utrzymania moczu, że obrażenia części miękkich są znaczne, że w pologu gorączka należy prawie do reguły, ale mimo to obstaje przy twierdzeniu, że cięcie łonowe jest świetną zdobyczą w zakresie operacyj położniczych i że operacyę można oddać w ręce praktyków.

W ożywionej bardzo dyskusyi Leopold z Drezdna, ten sam, co niedawno bronił operacyi, nie podziela zdania referenta i twierdzi, że cięcie łonowe nie zyska sobie nigdy prawa obywatelstwa a to z powodu niemiłych powikłań po operacyi. — Chrobak z Wiednia, podnosi zarzuty przeciw operacyi a mianowicie; 1) uszkodzenia części miękkich są niebezpieczne; 2) występuje często gorączka (Chrobak stracił jeden przypadek); 3) potrzebuje wprawnej i licznej asysty i w tym względzie nie ustępuje cięciu cesarskiemu. — Frommel z Erlangi wspomina o przypadku cięcia łonowego, gdzie nastąpiło zropienie kości miednicy a chora leżała 4 miesiące. — Fehling z Bazylei podziela zdanie poprzednich, twierdząc, że leczenie po operacyi z powodu obrażeń trwa nieraz miesiącami. — Schauta z Wiednia zwraca uwagę, że po cięciu cesarskiem mamy wyniki świetne i stawia je znacznie wyżej, niż cięcie łonowe, i on stracił jednę chorą; sądzi, że gdy wymiar prosty mniej niż 7 cm. wynosi, o cięciu łonowem nawet myśleć nie można. — Olshausen z Berlina również nie unosi się nad zabiegiem a to z powodu obrażeń podczas wydobywania płodu i nawet mimo największych ostrożności. Nie rozumie on, że są operatorowie, co radzą, aby nie przecinać więzadła łukowego a wszak dopiero po jego przecięciu otrzymujemy rozstęp na 5—6 cm.; jeżeli zaś nie przecinamy, to rozstęp wynosi najwyżej 2 cm. — Koffer z Wiednia, który wykonał 10 razy cięcie łonowe i stracił dwie matki z powodu ropnego zapalenia tkanki łącznej miednicznej, także nie świetną rokuje przyszłość operacyi a to z tych samych powodów, co i poprzedni mówcy.

Tak więc Zweifel jedyny zaleca gorąco operacyę, chociaż po pierwszych przypadkach, jak to wyżej przytoczyłem,

zajął stanowisko najwięcej ze wszystkich wyczekujące i z wielkiem zastrzeżeniem pisał o korzyściach operacyi.

W ten sposób wspomniawszy o zapatrywaniach różnych operatorów co do wskazań i wartości zabiegu, przystępuję do opisania historyi naszego przypadku a w końcu starać się będę, o ile możności, podać to, co za a co przeciw operacyi przemawia i wśród jakich okoliczności możemy dobrego oczekiwać po niej wyniku.

Dnia 14. lutego 1893 r. wieczorem zgłosiła się do kliniki położniczej G. R. lat 27, stanu wolnego, ze wsi T. i podaje, że w dzieciństwie nie chorowała na żadne ciężkie choroby, że zaczęła miesiączkować prawidłowo w 17. r. życia. Ostatnia regularność prawidłowa była w pierwszej połowie kwietnia 1892 r. Podaje, że jest w ciąży. Bóle wystąpiły dnia 13. lutego wieczorem i do chwili przyjęcia powtarzają się ciągle często a są bardzo mocne. W ciąży czuła się zupełnie zdrową.

B a d a n i e p r z e d m i o t o w e. Osoba średniego wzrostu, odżywienie dobre, budowa kośćca nie przedstawia na pierwsze wejrzenie żadnych zmian. Ciepłota nie podwyższona, tętno 96. Na twarzy widać lekkie zmęczenie. W sutkach, które zachowują się tak, jak u osoby, która nie rodziła, podwyższenie czynności. Brzuch mocno wypuklony wzdłuż i ku przodowi kopułowato tak, że między wzgórkiem łonowym a wyżej leżącemi powłokami tworzy się bruzda. Wypuklenie to pochodzi od macicy, która jest powiększona stósownie do końca ciąży i ku przodowi pochylona *(venter propendens)*. Wymiary macicy: Od spojenia do pępka 24, do granicy górnej 44 cm. Nad spojeniem nieco większe wypuklenie. Tu i nieco na lewo czuć główkę dużą, twardą, ruchomą (balotującą) opór większy po stronie lewej, macica kurczy się od czasu do czasu a rodząca jęczy, tętno płodu słyszalne, lecz nie zbyt głośne, na lewo. Chełbotanie wyraźniejsze, niż zwykle.

B a d a n i e w e w n ę t r z n e. Srom, wejście do pochwy i pochwa jak u pierwiastki, nic nie przedstawiają osobliwego. Część pochwowa zanikła, ujście zupełnie rozwarte, z ujścia aż do próżni sięga pęcherz napięty, z dużą ilością wód poprzedzających, za wodą główka nad wchodem i na lewo, w pauzie da się nad wchód zepchnąć, lecz do wchodu nie można jej wprowadzić z powodu dużej ilości wód. Do wzgórka kości krzyżowej dochodzi się łatwiej. Badanie wymiaru przekątnego wchodu (*con. diagonalis*) wykazuje 9—9$^1/_2$. Wymiary miednicy są następujące: Wymiar kolcowy *(dist. spinalis)* 25 cm. Wymiar grzebieniowy *(dist. cristalis)* 29 cm. Wymiar zewnętrzny (*conj. Baudelocqui)* 17$^1/_2$ cm. Wymiar krętarzy (*dist. trochanterica*) 30$^1/_2$ cm. Wym. przekąt. wchodu (*con. diagon)* 9—9$^1/_2$. Wym. prosty wchodu (*con. vera.*) 8—8$^1/_2$.

R o z p o z n a n i e: Pierwiastka, rodząca na czasie. Położenie czaszkowe, postawa pierwsza, nieustalona, ścieśnienie miednicy drugiego stopnia, miednica płaska niekrzywicza, znaczna ilość wód płodowych, koniec pierwszego okresu. Wobec tego, że mieliśmy przed sobą pierwiastkę, że bóle porodowe były prawidłowe, że ścieśnienie miednicy odnosiło się tylko do jednego wymiaru, że mieliśmy znaczną ilość wód płodowych a główka dała się w czasie pauzy wprowadzić nad wchód, nie mogliśmy inaczej postąpić, jak tylko zająć stanowisko wyczekujące i pozostawić, jak to w naszej szkole czynimy, poród siłom natury, to jest otworzyć pęcherz, założyć opaskę na brzuch i wyczekiwać, czy bóle porodowe nie zdołają przeprzeć główki przez ścieśnione miejsce, co nie należy w tym stopniu ścieśnienia do rzadkości, a dopiero w razie niebezpieczeństwa grożącego płodowi lub matce uciec się do zabiegu operacyjnego. Jedna tylko okoliczność a mianowicie wielkość główki, która rzeczywiście w nas wzbudziła pewne wątpliwości co do pomyślnego dalszego przebiegu porodu, osłabiała nieco plan naszego postępowania zwykle pomyślnym uwieńczony skutkiem tak, że nie mogliśmy się pozbyć myśli, iż przeszkody, jaką główka stawiać będzie podczas dalszego przebiegu sprawy porodowej, nie pokonają, siły skurczów macicy, bo kości czaszki twarde, szwy wąskie, główka płaska kazały przypuszczać, że główka nie będzie się dobrze stósować do ścieśnionych wymiarów miednicy. Z drugiej zaś strony niestósunek, który mógł ztąd wyniknąć, nie wydawał się tego rodzaju, aby nas uprawniał do odstąpienia od zasady i do wkraczania natychmiastowego w prawa natury. Zapewne, że, gdyby przed nami była wieloródka, której przeszłość położnicza dałaby nam wyjaśnienie co do przebiegu poprzednich porodów, to niezawodnie wpłynęłoby to na powzięcie innego planu.

Nie mając zaś żadnych danych, rozumowaliśmy opierając się na codziennem doświadczeniu w ten sposób: Jeżeli po otworzeniu pęcherza główka się ustali, to bóle silne przeprowadzą ją przez miejsce ścieśnione i poród może się zakończyć siłami natury; jeżeli zaś nie, lub jeżeli główka wskutek braku zdolności stósowania się będzie stawiać wielkie trudności, to kleszczami wysokiemi, a już łatwo po wykonaniu cięcia łonowego, będziemy mogli płód urodzić. Otóż to cięcie łonowe, modne a tak niewinne, że z opisów, których nie brak w ostatnim roku w pismach zawodowych, zdaje się, że można je wykonać u każdej rodzącej bez szkody a celem łatwiejszego ukończenia porodu, tak jest łatwe, i myśmy mieli na myśli i przyznać należy, żeśmy tylko czekali od niejakiego czasu na sposobność, aby wykonać tę, tak zachwaloną operacyę i przekonać się o tych zbawiennych a świetnych wynikach tak dla płodu jak i dla matki. Czy nasze nadzieje co do cięcia łonowego tak przez tych nawet, co o niem dawniej niekorzystny sąd wydali, a po cięciu cesarskiem rzeczywiście smutne mieli wyniki i o rozszerzenie wskazań do tej ostatniej operacyi kopie kruszyli (Leopold), czy nadzieje nasze, mówię, ziściły się, to opis przebiegu operacyi, jej wyniku, leczenia pooperacyjnego a wreszcie i stanu operowanej w 3 miesiące po porodzie, same za siebie mówić będą.

Wracam teraz znowu do naszej rodzącej. Zgodnie z planem, jakiśmy ułożyli, wobec zupełnego rozwarcia ujścia otworzyliśmy pęcherz, poczem główka zeszła nad wchód, ale tak, że tylko mały jej odcinek a mianowicie kość boczna prawa znajdywała się pod wchodem; teraz tem pewniej mogliśmy przekonać się o wielkości główki, o twardości kości, tak, że wątpliwości wyrażone co do pomyślnego przebiegu porodu z jednej strony a myśl wykonania cięcia łonowego celem urodzenia płodu żywego zaczęły coraz wyraźniejsze przybierać zarysy; za wygrane jednak nie daliśmy, stan matki i płodu był dobry, więc postanowiono czekać. I jakiż był dalszy przebieg porodu?

Noc z 14. na 15 przeszła dosyć spokojnie, bóle występywały od czasu do czasu, ale nie zbyt mocne, w przerwach rodząca zasypiała. W nocy polecono co 2 godziny

kąpiel nasiadową letnią a wzięła ich rodząca do rana trzy. Podawano też rodzącej w nocy wino i mocny rosół.

Badanie dnia 15. lutego rano wykazało stan następujący: Ciepłota prawidłowa, tętno 90 dobrze napięte, rodząca nieco więcej zmęczona. Macica od czasu do czasu kurczy się, główka płodu duża, twarda, większym odcinkiem daje się wybadać nad wchodem, wypukla też przednią ścianę macicy nad spojeniem łonowem; pierścień Schroedera wybadać można jako bruzdę nad spojeniem na 2—3 palców. Tętno płodu po stronie lewej 120—130 na minutę, regularne i wyraźne.

Badanie wewnętrzne. Ściany pochwy dobrze pulchne, ciepłota w pochwie niepodwyższona. Części pochwowej nie ma, ujście, które dnia poprzedniego było prawie zupełnie rozwarte, teraz z powodu obrzmienia brzegów a szczególniej wargi przedniej i z powodu zapadnięcia się po otworzeniu pęcherza, wydaje się jakby nieco mniej rozwarte, n. p. na wielkość talara, brzeg przedni grubszy, niż tylny, który też trudniej można wybadać. Główka, na której można wybadać szew strzałkowy zbliżony więcej do wzgórka kości krzyżowej, poprzecznie przebiegający, małym odcinkiem wstąpiła do wchodu i to tylko kość boczna prawa, gdy lewa znajduje się ponad wzgórkiem, a zatem główka zeszła nie wiele więcej, niż dnia poprzedniego. Kości twarde mało co zachodzą na siebie, szwy wązkie, ciemiona małe. Na kości bocznej przodującej (prawej) zaczyna się wytwarzać obrzęk poprzedzający (przedgłowie), do którego przylegają zbrzękłe brzegi ujścia. Na palcu śluz bez smołki; cuchnienia nie ma.

Ponieważ stan ani matki ani płodu nie budził żadnych obaw, ponieważ doświadczenie uczy, że po słabych skurczach siły macicy wobec przeszkód nieraz wzmagają się i wtedy natura nadspodziewanie pokonywa przeszkody, postanowiono jeszcze wyczekiwać czas jakiś, pilnie zważając na każdą zmianę, któraby mogła być zapowiedzią niebezpieczeństwa grożącego płodowi lub matce, aby wtedy udzielić czynnej pomocy. Rodzącą skrzepiano środkami wzmacniającemi i podano jej kąpiel pełną i kilka nasiadowych.

Tu muszę nadmienić, że jak z jednej strony już w tej chwili nie tuszyliśmy sobie, aby poród ten zakończył się dobrowolnie, za czem przemawiał dotychczasowy jego przebieg, przecież nie chcieliśmy z drugiej strony teraz już przystąpić do operacyi, bośmy nie mogli zupełnie pozbyć się tej myśli, że jeżeli nie siłami natury, to przynajmniej łatwiejszym zabiegiem, niżby to było możebnem w tej chwili, będziemy mogli rozwiązać matkę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

O śmierci nagłej.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent katedry medycyny sąd. w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

Przypadki wielokrotnych tętniaków stanowią pewną rzadkość; w latach ostatnich opisali podobne przypadki Marfan i Aubry [1]), tudzież Montague Murray [2]). Przypadek pierwszych autorów tyczył się zwłok człowieka, który okazywał zmiany kiłowe; w przypadku Murraya istniały u mężczyzny 58 letniego 4 worczaste tętniaki w tętnicy głównej, w części łukowej rozszerzonej wrzecionowato, zdaje się na tle kiłowem. Pęknięcie jednego z tętniaków było przyczyną nagłej śmierci przez wylanie się krwi do worka osierdziowego i uciśnięcie serca.

Czasem pęka tętnica główna, na pozór nie okazująca żadnych zboczeń chorobowych. I tak opisuje Crooke [1]) przypadek odnoszący się do 45-letniego robotnika, który zmarł po kilkugodzinnem niedomaganiu. Przy sekcyi okazało się, iż przyczyną śmierci było pęknięcie od tylnej strony tętnicy głównej; ściany jej były cienkie i bardzo kruche, jednak bez miażdżycy i bez tętniaka. Samoistne pęknięcie tętnicy głównej tłómaczy Manchot [2]) na zasadzie swych badań zwyrodnieniem włókien sprężystych warstwy środkowej. Czasem mogą istnieć braki rozwojowe lub powstałe przez przedarcie tych włókien w warstwie środkowej ściany, które zdaniem Manchota prowadzą do rozszerzenia się lub pęknięcia tętnicy głównej. — Podobne przypadki samodzielnego pęknięcia tętnicy głównej opisali: Bush [3]) u 18-letniego chłopca, który zmarł nagle w czasie przejażdżki łódką, Hill [4]) u 30 letniego mężczyzny zmarłego podczas snu, Marshall [5]), Paul [6]) i Strümpell [7]). Jeden z naszych przypadków, tyczący się wyrobnika liczącego lat 26, silnie zbudowanego i zdrowego, należy zaliczyć do tej grupy pęknięć tętnicy głównej; znaleziono bowiem u niego pęknięcie ramienia wstępującego tuż ponad zastawkami, skośne od dołu i przodu ku górze i tyłowi. Worek osierdziowy wypełniony był skrzepami i krwią płynną; na skórze prącia znajdywała się charakterystyczna blizna po wrzodzie twardym.

W wyjątkowych przypadkach może zniszczenie ciągłości ścian tętnicy głównej być następstwem spraw patologicznych, które występując w sąsiednich narządach, w miarę postępu i ją zajmują. Najczęściej są to zmiany chorobowe połyku (*oesophagus*). Co do tego narządu, to podaje König [8]), iż przebicie tętnicy głównej zstępującej wywołują najczęściej owrzodzenia i rak połyku, najrzadziej ciała obce. Altmann [9]) opisuje przypadek u kobiety, która zmarła nagle wśród krwawych wymiotów. Sekcya wykryła przebicie tętnicy głównej zstępującej od strony gardziela odłamkiem spożytej kości, która sprowadziła owrzodzenie gardziela z przebiciem jego ściany i tętnicy głównej na wysokości 4. tętnicy międzyżebrowej.

Obrażenia przepony, jak pęknięcia jej pod wpływem wysiłku fizycznego, zwłaszcza przepony poprzednio już w jakikolwiek sposób zwyrodniałej, prowadzą do śmierci nagłej przez uduszenie się; w szczelinę bowiem, która powstaje z pęknięcia, wciskają się trzewa brzuszne i nagle uciskają płuca.

Ze zmian w narządzie trawienia sprawiają jedne nagłą śmierć przez gwałtowne krwotoki, inne przez ostre zapalenie otrzewnej lub porażenie serca.

I tak wrzody żołądka nie zdradzając się długo żadnym objawem, dają wcale często powód do śmierci nagłej bądź to przez krwotok, bądź przez zapalenie otrzewnej. Takie przypadki opisują Grasset [10]), Warfinge [11]) i inni.

---

[1]) Anéurysmes multiples de l'aorte chez un syphilitiq. itd. Prog. med. 1886.

[2]) Four sacculated aneurysms arising from dilated aortic. Schm. Jahrb. 1892.

[1]) Ueber zwei seltene u. aus versch. Ursachen entstand. Fälle von rapider Herzlähmung. Virchows Arch. f. path. Anat. i t. d. 1892. B. 129. H. 2.

[2]) Ueber die Entstehung der wahren Aneurysmen. Tamże. Tom 121.

[3]) [4]) [5]) [6]) Archiv f. path. Anatomie Virchowa. Tom 129. Str. 200.

[7]) Lehrb. d. spec. Path. u. Ther. B. 1. Pag. 514.

[8]) Lehrbuch d. spec. Chirurgie. I. Band. Pag. 599. Berlin. 1885.

[9]) Ueber Perfor. d. Aorta thor. vom Oesoph. aus. Virchows Arch. f. path. Anat. 1892.

[10]) Annal. d'hyg. pub. et de méd. lég. 2° série, t. 48.

[11]) Fall af hastig död genom förblödning ur ett ulcus ventriculi. Schm. Jahrb. 1892.

Do zakładu krakowskiego dostały się dwa podobne przypadki śmierci nagłej. W jednym z nich, tyczącym się kobiety 46 letniej, znaleziono żołądek mocno powiększony od krwi płynnej i skrzepów. Na tylnej ścianie żołądka znajdywał się wrzód okrągły, wielkości dłoni dziecięcej, który przebiwszy ścianę, zagłębił się lejkowato w trzustkę. Pomimo tak znacznych i długo trwających zmian, kobieta owa oddawała się codziennej swej pracy, aż wreszcie zniszczenie ściany trzustko-dwunastnicowej przez krwotok sprowadziło śmierć nagłą.

Wrzody jelit mogą się stać również przyczyną nagłej śmierci; przypadki wrzodów jelit, które przebiwszy ścianę wywołały nagłą śmierć, opisują White [1]), Haman [2]), Brouardel [3]) i wielu innych.

W przypadkach śmierci nagłej, w których sekcya nie wykazuje żadnych zmian lub wykazuje zmiany niewystarczające, aby wytłómaczyć nagłe zejście śmiertelne, odgrywają wywiady co do okoliczności i objawów, w jakich śmierć nastała, niepoślednią rolę. To też orzeczenie w takich przypadkach nie podaje żadnych pewników, lecz tylko prawdopodobieństwa.

Wiadomo oddawna, że nagłe, niespodziewane a mocne wrażenie umysłowe może, zwłaszcza u osób nerwowo usposobionych, wywołać przeróżne stany chorobowe a nawet nagłą śmierć. Co bywa bezpośrednią przyczyną śmierci w tych przypadkach, pozostaje zagadką; w każdym razie, czy będzie się ją tłómaczyć nagłem zadrażnieniem i następowem porażeniem ośrodków psychicznych i psychomotorycznych, czy też w inny jaki sposób, zawsze obraz sekcyjny będzie ujemny. Tu więc tylko wywiady co do okoliczności, które śmierć poprzedziły, mogą z pewnem podobieństwem do prawdy rozstrzygnąć o przyczynie śmierci. Z wpływów psychicznych najczęściej wrażenia przygnębiające, jak przestrach, stają się powodem nagłej śmierci, jakkolwiek i wrażenie przyjemne, jak nagła radość, może być również powodem nagłej śmierci.

I tak opisuje Bollinger [4]) przypadek nagłej śmierci ze strachu przed wyrokiem u wieśniaka oskarżonego o zabójstwo. Lindpaitner [5]) podaje przypadek nagłej śmierci z obawy przed powtórnem utworzeniem się kamienia w pęcherzu u ozdrowieńca po litotrypsyi. Prof. Blumenstok opisał przed kilku laty (*Przegląd lekarski*. 1888) przypadek nagłej śmierci w szkole, u dziewczynki 13 letniej, zaraz po złajaniu ją przez nauczyciela. Hofmann [6]) wspomina o mężczyźnie, który zmarł nagle spełniając na ulicy naturalną potrzebę, przestraszony niespodziewanem zjawieniem się strażnika policyjnego.

Vibert sądzi, że nagle i samodzielnie powstająca sama niedokrewność mózgu, jaka zdarzyć się może po mocnych afektach, może być przyczyną nagłej śmierci. Zapatrywanie się to ilustruje przypadek opisany przez Dra Luponiego [7]) a tyczący się młodego człowieka, który posprzeczawszy się ze swym krewnym, mocował się z nim krótko, bo przyjaciele obecni przeszkodzili temu. Młodzieniec ten w chwili, gdy rzucił się na swego krewnego, zbladł bardzo, potem wymiotował, wreszcie padł nieżywy. Sekcya wykazała znaczną niedokrewność mózgu. Wilcox [8]) opisuje przypadek nagłej śmierci z ostrej niedokrewności mózgu u dziecka 9-miesięcznego. Obie warstwy mózgu były śnieżnej białości (*white as snow*).

Zdarzają się przypadki nagłej śmierci, w których sekcya wykazuje tylko znaczne przekrwienie mózgu i jego opon. Przekrwienie to może być zjawiskiem pośmiertnem lub już za życia powstałem. W tym razie mogłoby stanowić przyczynę prawdopodobną śmierci. Celem rozstrzygnięcia wątpliwości, czy przekrwienie to powstało za życia jeszcze, czy też po śmierci, są znowu potrzebne wywiady o rodzaju śmierci i okolicznościach, które ją poprzedziły. Przekrwienie mózgu bowiem może powstać w napadach drgawkowych, wywołanych padaczką, mocznicą (*uraemia*), moczówką cukrową (*coma diabeticum*) i t. d., z jednej strony wskutek wzmocnienia czynności serca, z drugiej zaś przez utrudnienie odpływu krwi żylnej z jamy czaszkowej w chwili tężcowego skurczu przepony i unieruchomienia klatki piersiowej.

Podobnie jak przekrwienie mózgu nie stanowi zmiany wystarczającej do rozpoznania przyczyny śmierci, tak też i opuchlina płuc sama nie tłómaczy jej dostatecznie. Wszakżeż bowiem i opuchlina płuc może być następstwem różnych wpływów, jak gruźlicy płuc, zapalenia płuc, zboczeń w sercu, uduszenia, otruć makowcem, związkami sinu, alkoholem i t. d. Jeśli zmiany odpowiadające opuchlinie znajdują się tylko w częściach najniżej położonych, n. p. w tylnych płatach, wówczas stanowią one zwykłe zjawisko pośmiertne (*hypostasis*). Zauważyć tu wypada, że obfitość spienionej cieczy dobywającej się z płuc a zalegającej oskrzela i tchawicę, zależy nie tyle od stopnia opuchliny, jak raczej od czasu jej trwania.

W przypadkach, w których znachodzi się jedynie tylko puchlina płuc a niema zmian tłómaczących jej powstanie, należy znowu sięgnąć do wywiadów, wreszcie do badania chemicznego, jeśli jest podejrzenie otrucia. Jeśli wszelkie pomocnicze badania dadzą ujemny wynik, wówczas należy uznać opuchlinę płuc bez bliższych określeń za przyczynę śmierci. (Dok. nast.)

[1]) [2]) Schmidts Jahrb. 1891 i 1892.

[3]) Vibert. Précis i t. d.

[4]) Schmidts Jahrb. 1888.

[5]) Münch. med. Wochschr. 1888. pag. 486.

[6]) Handbuch d. ger. med. 1890—91.

[7]) Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég. T. X. 3e s. pag. 277.

[8]) Friedreichs Blt. H. 3. 1892.

Chirurgia.

M. Raede: **Tracheotomia z powodu zatrucia lisolem.**

(Z oddziału chirurgicznego prof. Rosego w Berlinie).

Niewątpliwie cenne własności lisolu w porównaniu z innymi środkami antyseptycznymi, głównie zaś niejadowitość wyrobiły temu produktowi kresolowemu obszerne zastósowanie w praktyce chirurgicznej. Należy jednakże nieco ostrożniej zapatrywać się na tę zupełną nieszkodliwość lisolu, jak tego dowodzi opisany przez autora przypadek. Do szpitala przywieziono dziecko 10-miesięczne, któremu służąca w nieobecności rodziców dała zamiast tranu łyżeczkę czystego lisolu. Pomimo natychmiastowych wymiotów nastąpił zapad, wielka duszność, sinica, wskutek czego wykonano w szpitalu zaraz tracheotomię dolną. Po operacyi stan poprawił się odrazu; oddech stał się wolniejszy, puls pełny, dziecku dano mleka, które jednak łykało z trudnością, choć dość chętnie i często. Stan taki trwał przez cały dzień, w nocy jednak nastąpiło pogorszenie, niepokój, drgawki, duszność a nad ranem śmierć. Badanie pośmiertne nie wykazało bardzo wybitnych zmian anatomicznych. Najwyraźniej okazały się następstwa żrącego działania lisolu na błonie śluzowej górnej części przewodu pokarmowego a mianowicie podstawy języka, gardzieli, przełyku głównie w klasycznem miejscu poza podziałem tchawicy i na dnie żołądka. Wywołany przez to obrzęk głośni był powodem duszności, która bez tracheotomii zakończyłaby się rychłą śmiercią. W nerkach mocne przekrwienie żylne i zmętnienie miąższu. Ogólny zatem obraz zatrucia przedstawia dużo podobieństwa do otrucia karbolem, zarówno jak i ostatnie objawy za życia (niepokój, drgawki, śpiączka, małe tętno).

W końcu przytacza autor dwa przypadki zatrucia lisolem w użyciu zewnętrznem, opisane w ostatnich czasach przez Reicha.

W pierwszym z nich, chłopiec 23-letni, dotknięty rozległym świerzbem, leczony był smarowaniem kreoliną z czystym lisolem. Kiedy wysmarowano mu większą część ciała, dostał nagle silnych drgawek, upadł bez przytomności na ziemię i dopiero po trzech kwadransach udało się go przeprowadzić do przytomności. Skóra kawałami obumarła i poodpadała. Użyto wtedy koło 20 grm. lisolu. W drugim przypadku użyto lisolu do opatrunku, po którym dziecko położyło się do łóżka i umarło; w moczu i we krwi wykazano lisol. (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. T. XXXVI).*

Dr. Kryński.

Notatki terapeutyczne.

Na podstawie własnego doświadczenia, według którego w tych przypadkach plucia krwią, w których wstrzykiwanie podskórne ergotyny nie skutkowało, działało pomyślnie nieraz zażywanie wewnętrzne kwasu dębiankowego (*acidum gallicum*), połączył Blaschko w Berlinie kwas dębiankowy z ergotyną i przekonał się o bardzo pomyślnem działaniu tej kombinacyi, do której służy przepis:

106) Rp. *Acidi gallici*
Ergotini
āā 1·00
Aquae destil.
Syrupi altheae
āā 25·00

MDS. Co 2 godziny zażywać po łyżeczce od herbaty.

Gdy chory doznaje częstego pobudzenia do kaszlu, zapisuje B. zamiast *syr. altheae syrupus diacodii* a w razie gwałtowności krwotoku zadaje lekarstwo powyższe co godzina po łyżeczce od herbaty.

Zdaniem B. środek ten działa tak pewnie, iż używając go można się obyć bez okładów lodowych i bolesnych wstrzykiwań ergotyny a zadowolnić się podawaniem małych kawałków lodu lub zimnego mleka, oczywiście z zachowaniem jak największego spokoju ciała i zupełnego milczenia.

(*Deutsche med. Wochenschr. 34. 1893*).

W celu zaspokojenia pragnienia u osób cierpiących na moczówkę (*diabetes*) zaleca się pilokarpina w następującym przepisie:

107) Rp. *Pilocarpini nitrici 0·18*
Spir. vini diluti 4·00
Aquae destil. 15·00

MDS. Brać po 4 do 5 kropel na język 2 do 3 razy dziennie

(*Les Nouveaux Remèdes. 24. Aôut. 1893*).

W leczeniu łupieżu pstrego (*pityriasis versicolor*) potrzeba naprzód zniszczyć pasorzyta a następnie przeszkodzić powrotowi choroby.

Co do pierwszego, jeżeli plamy a właściwie złogi na skórze są małe i nieliczne, wystarczą dwa lub trzy pomazania nastojem jodowym i obmycia mydłem.

Jeżeli atoli choroba zajmuje znaczne obszary skóry i jeżeli nie chce się użyć nastoju jodowego (n. p. u kobiet), można chorobę wyleczyć w 8 do 10 dniach w sposób następujący:

1) Rano obmywanie mydłem szarem i wodą ciepłą.

2) Wieczorem wcieranie pomady przeciwpasorzytnej n. p. według przepisu:

108) Rp. *Resorcini*
Acidi salicylici
āā 1·00
Sulfuris praecipitati 5·00
Lanolini
Vaselini
Axungiae porci
āā 25·00

Podczas tego leczenia są bardzo przydatne kąpiele siarczane.

Co do drugiego, t. j. zapobiegania powrotowi choroby, należy wyprać dobrze bieliznę za pomocą mydła i wody gorącej, lub, co najlepiej, poddać ją działaniu gorącej pary, n. p. w przyrządzie desinfekcyjnym.

(*La médecine moderne. 26. Aôut. 1893*).

IV. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał
W. Jabłonowski.

Od czasu morderczej epidemii cholery w Carogrodzie w r. 1865 nigdy jeszcze półwysep bałkański nie był tak wszechstronnie i tak zbliska zagrożony rozwleczeniem się zarazy, jak właśnie od połowy lipca r. b. Z jednej bowiem strony i od południa, potwierdzono jej ukazanie się w Smyrnie, w paru wiejskich osadach na półwyspie Czesme i w Chio, z drugiej zaraza przezimowawszy w prowincyach południowej Rosyi, gdzie przybrała charakter nagminny i zkąd drogami niedającemi się ściśle określić, dostała się na rumuńskie porzecze Dunaju, naprzód do Braiły a następnie do Tulczy, Suliny i Czarnowody, grożąc Ruszczukowi i sięgając nawet już ku pasowi przedzielającemu stepy Dobrudży od wschodniego kąta Bułgaryi. Jeżeli do tego dodamy smutny fakt potwierdzenia przypadków cholerycznych w Nikołajewie nad Bugiem, w Chersonie, Kerczu, Rostowie, okolicach Taganrogu i w Poti, to pomimo, że południowe wybrzeże morza Czarnego dotąd nie zostało jeszcze zajętem, niemniej jednak niepodobna przypuszczać, ażeby zaraza w tegorocznym swym postępie, mogła się zatrzymać w progach nadbosforskiej stolicy, nie sięgnąwszy, jeżeli już nie w głąb kraju, to przynajmniej do więcej lub mniej ludnych punktów nadbrzeżnych. Sama zaś okoliczność potwierdzenia przypadków cholerycznych na północnych i wschodnich wybrzeżach morza Czarnego, jak również przezimowanie zarazy w południowej Rosyi, utrwala nas w przekonaniu, że nietylko już wschód turecki i sąsiadujące z nim państewka, ale i dalsze europejskie kraje są narażone na przeprowadzenie walki z tym groźnym gościem, wciskającym się wszelkiemi szparami higienicznego nieładu!

Uwzględniając powyżej podane okoliczności, dochodzimy do wniosku, że drogi tegorocznego szerzenia się cholery są nieco odmienne od tych, jakiemi zaraza postępowała w latach poprzednich. Oczywiście źródeł jej pochodzenia zawsze i stale należy szukać w Indyach Wschodnich, zkąd w roku 1891—92 zaraza dostała się do północno-wschodniego Afganistanu; w parę miesięcy później wyludniła stolicę Kaszmiru, Serynegar, dostała się do Khorassanu, ztąd nad wybrzeża morza Kaspijskiego a następnie do Baku i prowincyj zakaukazkich, by już dalej szerzyć swe żniwo w zakresach starej Europy. Zaraza więc od swych pierwotnych ognisk postępowała drogą lądową w ostatnich paru latach, różniąc się tem od kierunku, jaki przybrała w roku 1846., postępując wtedy drogą morską, jako daleko szybszą. W tej to epoce zaraza szlakiem strategicznym, położonym na północ Tyflisu, przebiegała Kaukaz, by następnie dostać się do Astrachanu i nad morze Czarne do Trebizondy a nieco później i do Carogrodu. Źródła więc pochodzenia cholery i drogi, jakie wybiera, by zagrozić Europie i prowincyom Turcyi azyatyckiej, są już bardzo dobrze znane. Niemniej jednak stawimy sobie pytanie: czy i obecnie zaraza będzie postępywać jednym tylko ze zwyż wymienionych szlaków, czy też przybrawszy charakter bardziej łagodny, rozwlekać się będzie drogą tak lądową jak i morską?

Z ukazania się już zarazy w pewnych, stósunkowo bardzo licznych punktach, da się wyprowadzić zdanie, że cholera w tegorocznym swym rozwoju postępuje tak lądem, jak i od strony morza, niwecząc tem samem wszelkie usiłowania przedsiębrane w celu jej umiejscowienia a i utrudniając jednocześnie zastósowanie ostrożności sanitarnych. — Dowodem tego jest potwierdzenie wybuchu zarazy w Smyrnie i Braile. Prócz samych warunków miejscowych sprzyjających rozwojowi przypadków sporadycznych, do pierwszego z tych portów zaraza miała być zawleczoną przez parostatek francuski, przybyły z morza Sródziemnego, tak przynaj-

mniej głoszą depesze pochodzące ze źródeł greckich, wtedy, gdy do Braiły pozostającej w ciągłych i bardzo ożywionych stósunkach z Besarabią, choroba miała się dostać z tej tam sąsiedniej prowincyi. Lecz w chwili właśnie, gdy już potwierdzono pierwsze jej przypadki, zawinął do Braiły parostatek angielski, na którym, pomimo że nie miał stósunków z lądem, zaszedł jeden przypadek cholery, zakończony śmiercią. Gdyby więc załodze okrętowej pozwolono wysiąść na ląd, mielibyśmy w Braile przykład dostania się zarazy z dwóch przeciwnych sobie kierunków. Parostatek ten pochodził również z morza Śródziemnego a zawinąwszy do Marsylii, w lazarecie bejruckim był poddany pięciodniowej obserwacyi i desinfekcyi. Niesłusznem więc jest przypuszczenie, że okręt ten przepływał cieśninę dardanelską, nie będąc poddany ostrożnościom sanitarnym. Należy bowiem wiedzieć, że każdy okręt przybywający z morza Śródziemnego, w dzisiejszej sytuacyi zdrowotnej, przebyć może cieśninę li tylko po odbyciu kwarantany w Bejrucie lub Klazomenie. Jakby jednak nie było, parostatek angielski został wezwany do cofnięcia się z przystani brailskiej. A poddanie go ścisłej obserwacyi wykazało, że zaraza została umiejscowioną i wkrótce stłumioną na samym pokładzie. — Wypada się spodziewać, że kompetentnym i energicznym władzom rumuńskim uda się to samo przeprowadzić i w Braile, jako mieście jednym z najczyściejszych na porzeczu dolnego Dunaju wtedy, gdy inne punkta a mianowicie Gałacz i Tulcza, prawdopodobnie przedstawią przykład szerzenia się cholery z daleko większą złośliwością. Potwierdzają to zauważane już tam przypadki i szybki przeskok zarazy do Suliny, która położona przy ujściu jednego z głównych ramion Dunaju, stać się może rozsadnikiem choroby na wszystkie strony. Bułgaryi więc naprzód a następnie Turcyi i z tej strony grozi największe niebezpieczeństwo. Że zaś tak jest, to dowodem energii, z jaką szerzy się zaraza, będą cztery przypadki śmierci zaszłe w pośród podróżnych, przybyłych na statku austryackim z Suliny a wysadzonych do lazaretu w Kawaku nad Bosforem. Wystarczy to do zatrwożenia wszystkich warstw stolicznych! Jednakże jakimby nie był szlak, którym choleryczna plaga zaznaczać będzie swoj postęp i przeskoki, nie wpłynie to wcale na więcej lub mniej doniosłe nasilanie się choroby, lub na ilość ofiar, które pochłonie. Wystarczy bowiem zanotować, że cholera dostawszy się już do tak ważnych i licznych punktów, minuje i czyni niewypowiedzianie groźną całą sytuacyę zdrowotną, nie tylko już w prowincyach, ku którym się zbliżyła, ale nawet i w dalszych obszarach europejskich.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Posiedzenie IV. dnia 12. lipca o godz. 2. popołudniu.

XI. Dr. Wehr (ze Lwowa): przypadek potrójnego raka na twarzy.

Przypadki kilkokrotnego raka na twarzy należą do rzadkości; wynoszą one około 1% raków pojedynczych. Sprawę kilkakrotnych raków poruszył w r. 1874 Volkmann mówiąc o t. zw. *Paraffinkrebs.* Tillmanns obserwował kilkakrotne występowanie raka na mosznach u angielskich kominiarzy. Znanym jest przypadek z kliniki Bergmanna, w którym rak wystąpił na czole, policzku i brodzie. Esmarch spostrzegał, że po wystąpieniu raka na twarzy, jeżeli przedtem były na twarzy brodawki, rak rozwijał się później na tych brodawkach. U osób starych, cierpiących na *seborrhoea senilis* obserwowano również raka na kilku miejscach twarzy, jakoto na nosie, policzku i pod okiem. Schimmelbusch opisał przypadek, w którym rak wystąpił na powiece, policzku i brodzie u człowieka, cierpiącego na *seborrhoea senilis*; a więc w przypadkach tych rak rozwija się na tle chronicznego zapalenia czy drażnienia skóry. Kaposi podaje dwa przypadki kilkokrotnego raka na twarzy. Znane są przypadki, w których rak wystąpił pierwotnie na grzbiecie ręki, później zaś na wardze; tłómaczono wystąpienie tego drugiego raka przez przeniesienie czy zakażenie. Lücke obserwował także przypadki, w których rak występował w kilku miejscach. Klebs podaje dwa przypadki, które najlepiej dadzą się wytłomaczyć przez przeniesienie: w jednym przypadku wystąpił rak w przełyku poniżej *cardiae* i był tu rak płaski, w drugim był rak twarzy; takiż sam w żołądku. Krake widział podobny przypadek. Obserwowano przypadek raka przełyku, którego przerzuty w płucach stanowiły ogniska raka płaskiego. Raki mogą jednak występować i samoistnie w kilku miejscach; n. p. w jednym przypadku wystąpił rak na wardze dolnej, był operowany a po 8 latach wystąpił rak na wardze górnej. Spostrzeżenie takie zrobiono w klinice Bergmanna, oraz Kaufmann opisuje podobne przypadki. Wreszcie znane są przypadki, w których rak występował na symetrycznych częściach ciała n. p. po wrzodzie podudzia.

Dr. Wehr demonstruje fotografije i preparaty spirytusowe oraz mikroskopowe z własnego przypadku, w którym rak wystąpił na twarzy w kilku miejscach: na gładzince (*glabella*), na policzku i przy przegrodzie nosowej, pierwotnie wystąpił on na policzku, w kilka lat później na gładzince, w kilka lat potem przy przegrodzie nosowej. W innym przypadku obserwował Dr. Wehr raka na wardze dolnej, górnej, oraz w okolicy skroniowej. Powstałych następowo raków nie można uważać za przerzuty, gdyż w preparatach mikroskopowych można było wykazać ciągłość przybłonka prawidłowego z przybłonkiem rakowym. Niezawsze to łatwo; trzeba robić preparaty z rozmaitych przekrojów. Aczkolwiek istnieją rozmaite sposoby tłomaczenia podobnych przypadków, sądzi Dr. Wehr, że najwłaściwiej jest przyjąć, że w jego przypadku rak powstał w drugiem i trzeciem miejscu na twarzy wskutek jakiegoś czynnika, który zadziałał z zewnątrz. W pierwszym przypadku była dotknięta chorobą niemłoda kobieta; na przedstawionej fotografii widać dokładnie, że na twarzy jej drobne żyłki były w wielu miejscach poroszszerzane; skóra nie była więc prawidłową. Kobieta ta była praczką i myła twarz bardzo często; prawdopodobnie więc przy tem częstem myciu przenosiła ów nieznany czynnik etyologiczny raka z jednego miejsca twarzy na drugie. W drugim przypadku dowiedziano się, że po wystąpieniu raka na wardze górnej chory często drapał zarówno wargę górną, jakoteż i dolną. Za przypuszczeniem Dra Wehra przemawia także i ta okoliczność, że gruczoły limfatyczne nie były powiększone; w przypadku drugim były gruczoły cokolwiek powiększone, lecz chory twierdził, że powiększenie tych gruczołów datuje się od czasów jego młodości, w której, zdaje się, przechodził gruźlicze zapalenie szyjnych gruczołów limfatycznych. Gruczoły limfatyczne po przeciwnej stronie były małe i miękkie. Przypadków Dra Wehra nie można więc wytłomaczyć, przyjmując przeniesienie się raka przez naczynie limfatyczne czy krwionośne. Najodpowiedniejszem jest tu przyjąć, że po wystąpieniu raka pierwotnego następne powstały wskutek niewiadomego czynnika, przybyłego z zewnątrz. Dr. Wehr żałuje, że na posiedzeniu zjazdu nie ma prof. Pieniążka, który ma 3 przypadki raka krtani, popierające wywody mowcy.

Prof. Browicz uważa, że tłomaczenie podobnych przypadków może być zawsze osobistem, dopóki nie ma dowodu, jakie są stósunki w rzeczywistości. Za typowe prze-

szczepienie raka uważać można takie przypadki, w których n. p. w raku żołądka cząsteczki rakowe odrywają się od powierzchni surowiczej i przeszczepiają w innem, odleglejszem miejscu błony otrzewnej, n. p. w jamie Douglasa. Utrzymanie się na skórze oderwanych cząsteczek rakowych jest bardzo nieprawdopodobnem, gdyż są tu okoliczności nader niepomyślne do takiego przeszczepienia. Prof. Browicz zwraca uwagę na trudności, spotykane w przeszczepianiu tkanek fizyologicznych a trudności te dowodzą, że przeszczepianie takie może się udać tylko przy zachowaniu wszelkich ostrożności. Przypadki kilkokrotnego raka należy tłomaczyć nie przez sztuczne niejako przeniesienie czynnika chorobotwórczego z miejsca na miejsce, ale jako samodzielnie występujące raki u osób, mających dyatezę rakową; przemawiają za tem przypuszczeniem epidemie raka domowe i miejscowe, oraz jego dziedziczność. W literaturze francuzkiej jest nagromadzony bardzo obfity materyał, tyczący się tej kwestyi.

Dr. Ziembicki (ze Lwowa) widział w klinice Bergmanna przypadek raka, który można sobie wytłomaczyć jedynie przez t. z. *Contactinfection*. W praktyce własnej ma przypadek dowodzący, jak ważną rolę odgrywa w powstawaniu raka usposobienie. Przed trzema laty operował u chorego raka w jednem miejscu; po 2 latach wystąpił rak w innem miejscu wówczas, gdy pierwsze ognisko było już zupełnie zagojone.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) podaje, że w ciągu ostatnich 5 lat jego praktyki klinicznej, nie obserwowano w klinice chirurgicznej krakowskiej ani jednego przypadku raka, któryby wystąpił wielokrotnie. Z obserwacyi zwykłych przypadków raka wynika, że w powstawaniu przerzutów usposobienie chorego (dyateza) ważną gra rolę.

Dr. Wehr powtarza, że jego tłomaczenie wiadomych przypadków jest najbardziej przekonywającem. Predyspozycyę uznaje, jako okoliczność znaną i udowodnioną. Ale inne okoliczności przemawiają za tem, że i miejscowe przyczyny mają pewne znaczenie, jak n. p. ucisk fajki na wargi i w ogóle traumatyzm. Przy operacyach n. p. odcięciu sutka można przenieść raka nożem; dlatego też jest wskazaną przy podobnych operacyach zmiana noża, gdy po wypreparowaniu części chorobowo zmienionych rozpocznie się operowanie w częściach zdrowych.

Dr. Wehr operował przypadek raka wargi dolnej, który kilkakrotnie powracał; podczas ostatniej operacyi, podczas preparowania na szyi pękł w górnej części pola operacyjnego guz rakowy i cząsteczki rakowe spłynęły na dół; podczas gojenia się rany wystąpił wzdłuż blizny twardy naciek zakaźny.

Prof. Obaliński wątpi, czy można uważać, że ów naciek powstał wskutek pęknięcia guza rakowego podczas operacyi. W mięśniach są rozsiane drobne, niewidoczne guzki, a sama operacya i sprawa gojenia się rany usposabiają tkanki do szybkiego bujania; w ten sposób pozostawiane *semina* rakowe sprawiają recydywę.

Prof. Browicz występuje przeciwko twierdzeniu, że otarcie się tkanki rakowej o prawidłową lub chorobowo zmienioną skórę może wywołać powstanie raka. Traumatyzm gra bezwątpienia pewną rolę, ale wystąpienie raka jest wogóle możebne tylko u pewnych osób, mających ową dyatezę rakową. Opierając się na tem, wytłómaczyć można przypadki wielokrotnego raka jako przypadki, w których, dzięki usposobieniu chorych. rak samodzielnie powstał w kilku miejscach.

Prof. Obaliński popiera zdanie prof. Browicza co do indywidualnego usposobienia do nowotworów dwoma przypadkami z własnej praktyki: w pierwszym operował prof. Bryk *adenoma mammae*; po kilkunastu latach operował u tej samej osoby prof. Obaliński *cystoma ovarii*, po dalszych 2 latach *adenoma parotidis*, wreszcie znowu po dwu latach wystąpił złośliwy nowotwór w jamie brzusznej. W drugim przypadku obserwował równocześnie *epithelioma vulvae*, *nasi* i *cystoma ovarii*. Przypadki te świadczą o usposobieniu pewnych osób do nowotworów.

Dr. Wehr twierdzi, że naciek w jego przypadku powstał z wylania się na powierzchnię rany treści pęklego guza, gdyż naciek ten wystąpił zaraz, podczas gojenia się rany i był odrazu bardzo znaczny.

Dr. Kryński (z Krakowa) zwraca uwagę, że wylana na ranę miazga rozpadłego, rakowego gruczołu limfatycznego w żadnym razie rany zakazić nie może.

Dr. Wehr odpowiada, że nie jest tu wykluczoną obecność żyjących tworów; w środku gruczołu komórki są rozpadłe, po bokach zaś mogą utrzymywać się żyjące tkanki.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) przytacza przypadek z krakowskiej kliniki chirurgicznej, w którym operowano raka wargi dolnej oraz zajęte na szyi gruczoły limfatyczne; gruczoły te wyglądały podobnie do zserowaciałych gruczołów w gruźlicy. Podczas operacyi treść takiego gruczołu rozlała się na ranę; po kilku tygodniach wystąpiła ogromna recydywa a gruczoły limfatyczne podówczas powiększone, przedstawiały się tak samo, jak podczas pierwszej operacyi.

Dr. Sawicki (z Warszawy) zwraca uwagę na to, że należałoby wykazać, jak często zdarza się *carcinoma penis* u mężczyzn, których żony cierpią na *carcinoma uteri*. Jeden z warszawskich ginekologów ma w swojej praktyce dwa takie przypadki.

Prof. Obaliński dodaje, że w przypadku operowanym przez Dra Wehra nie ma dowodu, że naciek był natury rakowej; nie potrzeba więc uciekać się do tłomaczenia tego nacieku przez *autoinfectio;* naciek ten mógł powstać przez przecięcie i rozlanie się treści zropiałego gruczołu limfatycznego.

XII. Dr. Ziembicki (ze Lwowa). Niezwykły okaz nowotworu na głowie.

Dr. Ziembicki okazuje dwa rysunki naturalnej wielkości oraz kilka fotografij 15-letniej dziewczyny, noszącej na głowie guz monstrualnej wielkości. Guz ten spostrzeżono w 3-cim roku życia; istniał on jednak prawdopodobnie od urodzenia. Największy obwód guza wynosił 1 metr 8 cm., w najwęższem miejscu 50 cm.; przed operacyą uniesiony do góry guz ważył 22 funty. Nowotwór znajdował się na tyłogłowiu, pokryty skórą z włosami; zwieszał się na kark. ale nań nie przechodził; podczas pobytu chorej w oddziale szpitalnym Dra Ziembickiego nosiła chora guz na umyślnie w tym celu zbudowanych noszach, przytwierdzonych pod ramionami. Guz w całości dawał się do pewnego stopnia przesuwać zwłaszcza w kierunku do góry, wejrzenie zaś jego przypominało stare napoleońskie bermice. Skóra nad guzem nie przedstawiała znaczniejszych zmian: jedynie przeświecały rozszerzone żyły oraz gdzieniegdzie było można spostrzedz drobne blizny. W niektórych miejscach miało się uczucie chełbotania. Chora ważyła przed operacyą 40 klgr., wyłuszczony zaś guz ważył 13 klgr. Nowotwór nie wywoływał zgoła żadnych objawów mózgowych. Nie można było wykazać z pewnością ciągłości guza z wnętrzem czaszki, przy nasadzie guza wyczuwało się jednak pierścieniowate zgrubienie kości. Przed operacyą pewnego rozpoznania nie było. Dr. Schramm, który badał ten przypadek, rozpoznawał skórzak; według Dra Ziembickiego wielkość guza nie odpowiadała wielkości skórzaka, które w danem miejscu dochodzą najwyżej do wielkości pięści; tłuszczak wrodzony wykluczał również Dr. Ziembicki; najbardziej skłaniał się do rozpoznania *cerebrocele*, mając na myśli *ectopiam*, nie zaś *herniam cerebri*. Operacya wykazała, że ów wielki nowotwór był olbrzymim tłuszczakiem; tłuszczak ten wyłuszczono, pozostawiono jednak cokolwiek za wiele skóry, tak że zachodzi potrzeba kosmetycznej poprawki. Dr. Ziembicki dodaje ciekawy szczegół, że po operacyi chora utraciła sposób zarobkowania, gdyż dotychczas utrzymywała siebie i matkę z pieniędzy zebranych od lekarzy, w szpitalach i klinikach, gdzie za wynagrodzeniem pozwoliła się pokazywać.

Doc. Dr. Bossowski przytacza 3 przypadki z własnej praktyki prywatnej, oraz dawniejszej klinicznej, w której spotykał podobne guzy, jeno mniejsze i trwające nie od urodzenia u młodych kobiet.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Od komitetu polskiego XI. międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie.

Wskutek odroczenia zjazdu międzynarodowego lekarskiego na miesiąc kwiecień r. 1894, sekretarz jeneralny prof. Maragliano odezwą do komitetu naszego z dnia 15. sierpnia uprasza Szan. Kolegów, ażeby Ci, którzy zamierzają w m. kwietniu r. p. mieć odczyty na temata, ogłoszone przed odroczeniem zjazdu, raczyli o tem zawiadomić komitet centralny w Rzymie, o ile można jak najwcześniej. Niniejszem więc upraszam o łaskawe przesyłanie zgłoszeń powyższych do komitetu polskiego w Krakowie najpóźniej do dnia 15. września b. r., gdyż tylko w takim razie odczytom tym będzie zachowane prawo pierwszeństwa; komitet centralny bowiem przypuszcza, że ilość odczytów, zapowiedzianych na przyszły zjazd, znacznie wzrośnie wskutek nowych zgłoszeń.

Również upraszam, ażeby Koledzy, którzy raczyli przesłać komitetowi polskiemu w Krakowie pieniądze na zakupno kart legitymacyjnych, zechcieli w jak najkrótszym czasie zawiadomić, czy komitet ma dostarczyć żądanych kart legitymacyjnych, czy też ma żądać zwrotu pieniędzy od komitetu centralnego, któremu wszystkie kwoty w swoim czasie zostały przesłane.

Przewodniczący komitetu
Prof. N. Cybulski.

— Wyszedł właśnie z druku *Podręcznika chirurgii szczegółowej* opracowanego przez prof. Dra L. Rydygiera Tom II. Zeszyt I., zawierający rzecz o chorobach kręgosłupa i klatki piersiowej.

— Profesorowie Wydziału lekarskiego w uniwersytecie edymburskim pobierają płace bardzo przyzwoite, wzniecić mogące zazdrość u kolegów na stałym lądzie Europy: i tak profesor anatomii opisowej ma pensyi 1600 funtów szterlingów czyli 40000 franków, profesorowie chemii i patologii ogólnej po 36000 franków, profesorowie nauk przyrodniczych i materyi lekarskiej po 25000 franków, profesorowie kliniki lekarskiej i chirurgicznej po 22500 franków a profesorowie położnictwa i medycyny sądowej po 20000 franków; ci więc mają tylko po połowie tego, co pobiera profesor anatomii opisowej.

We Francyi pobierają profesorowie Wydziałów lekarskich bez różnicy wykładanego przedmiotu w Paryżu po 15000 franków, na prowincyi po 6000 franków.

— Według urzędowego zestawienia trudniło się w Bawaryi w r. 1892 partactwem lekarskiem osób 1184 a mianowicie 868 (73·3%) mężczyzn i 316 (26·7%) kobiet. Według zawodu było między nimi najwięcej felczerów, łaziebnych i dentystów (378), następnie włościan i wyrobników (231), przemysłowców (163), oprawców (66).

Co do rodzaju praktyki, to sporządzaniem lekarstw i ich sprzedażą trudniło się najwięcej, bo 157 osób, lekami tajnemi i sympatycznemi(!) 126, homeopatyą 79, chirurgią 72, położnictwem 31, uroskopią 7, chorobami wenerycznemi tylko jedna osoba, z czegoby się pokazywało, że ludzie dotknięci temi chorobami mają rozum najpraktyczniejszy.

— W krematoryum na cmentarzu Père-Lachaise w Paryżu spalono zwłok ludzkich w r. 1889 49, w 1890 r. 121, w 1891 r. 134, w 1892 r. 159, w pierwszem półroczu r. b. 107; postęp przeto powolny.

— Rząd krajowy Bośnii i Hercogowiny zamierza w razie pojawienia się cholery w tym kraju ustanowić na czas epidemii osobnych lekarzy z płacą dzienną po 20 złr. i zwrotem kosztów podróży tam i napowrót.

Chcący starać się o te czasowe posady mają podania swe poparte należytemi dowodami przedłożyć niezwłocznie bośniackiemu oddziałowi w ministerstwie wspólnem we Wiedniu I. Schellinggasse 5.

— **Cholera** szerzy się dalej nie występując i teraz nigdzie bardzo gwałtownie. Na pewne w Europie tylko trzy państwa skandynawskie wolne są od cholery. Najmocniej według wykazów urzędowych panuje cholera na Podolu rosyjskiem tudzież w gubernii włodzimierskiej. Na Węgrzech coraz więcej jest zajętych komitatów a niektóre miejsca uznano w myśl postanowień tegorocznej konferencyi drezdeńskiej za ogniska epidemii i zastósowano do nich odpowiednie przepisy. W Galicyi cholera pojawia się w coraz większej liczbie powiatów, zdaje się jednak, iż w niektórych już wygasła. W Krakowie do wymienionych w przeszłym numerze trzech przypadków, wszystkich zakończonych śmiercią, przybyło jeszcze w zeszłym tygodniu dwa z domu sąsiedniego, także kordonem policyjnym otoczonego i pod nieustannym dozorem lekarskim zostającego. Chorzy ci są na drodze do wyzdrowienia i wkrótce szpital opuszczą. W całem mieście stan zdrowia publicznego niezwykle pomyślny a ponieważ od 7 dni nie było żadnego nowego przypadku, można się spodziewać, iż na tem się skończy, oczywiście, jeżeli choroba na nowo się nie dostanie z poza miasta, co przy nieustannym o tej porze ruchu ludności robotniczej bardzo łatwo może się zdarzyć. W Niemczech było dotychczas kilkanaście przypadków sporadycznych, wszystkie prawie nad rzekami jak Ren, Elba, Wezera i Wisła, dając się odnieść do konsumcyi niefiltrowanej wody rzecznej. W Berlinie mianowicie zdarzyły się przypadki, które powstały autochtonicznie, których przeto nie można było w żaden sposób wywieść z zakażenia mającego swe źródło poza miastem, w osobach cholerą dotkniętych lub rzeczach przez nie używanych.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Prof. Weichselbaum, prosektor szpitala Rudolfa w Wiedniu, mianowany profesorem anatomii patologicznej w tamecznym uniwersytecie. Prof. nadzwyczajni Dr. Jan Janosik w Pradze czeskiej i Dr. Paweł Dittrich w Inspruku mianowani, pierwszy zwyczajnym profesorem embryologii i histologii w uniwersytecie czeskim, drugi profesorem nadzwyczajnym medycyny sądowej w uniwersytecie, niemieckim obydwaj w Pradze. Prywatni docenci Drowie Noorden i Oppenheim w Berlinie, Moldenhauer w Lipsku i Mitropolski w Moskwie mianowani profesorami nadzwyczajnymi. Prof. histologii Baraban w Nancy mianowany tamże profesorem anatomii patologicznej. Profesorowie nadzwyczajni Podwysocki w Kijowie i Marcacci w Palermo mianowani profesorami zwyczajnymi, pierwszy patologii ogólnej, drugi fizyologii.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Warszawie w dniu 30. sierpnia Dr. Henryk Zapolski Downar, okulista w Lublinie praktykujący, w 43. roku życia; w Gandawie znakomity okulista i dyrektor kliniki chorób ocznych Dr. Libbrecht; w Belfaście profesor położnictwa w Queens-College Dr. R. Foster Dill.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 16. Września 1893. Nr. 37.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel. prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał

Dr. M. Cercha,

I-szy asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

Stan rodzącej, badanej w południe, o tyle się zmienił, że przedgłowie wzrosło, że tętno płodu nieco było wolniejsze, choć regularne, 100—120 na minutę. Główka pozostała mimo skurczów na tem samem miejscu; pozornie jednak zdawało się, że, stoi niżej, a to o tyle, o ile wzrosło przedgłowie. Na tę okoliczność zwracam uwagę szczególną, mogłaby ona mniej wprawnego wprowadzić w błąd a ztąd stać się przyczyną fałszywych wniosków. Stan matki także się pogorszył, tętno stało się szybsze do 100 na minutę a na twarzy malowało się znaczne zmęczenie.

Teraz już nie mogliśmy się dłużej łudzić, że się obejdzie bez zabiegu operacyjnego i ułożyliśmy plan następujący: Ponieważ mamy znaczny niestósunek porodowy, którego siły natury bez narażenia matki i płodu na niebezpieczeństwo utraty życia nie przezwyciężą, dalsze wyczekiwanie jest już niemożliwe, albowiem w tej chwili (4. godzina po połud.) tętno matki 104, ciepłota 38·1, chociaż bez dreszczu. Tętno płodu 100 wskazówką jest najlepszą, że trzeba matkę rozwiązać; przeto mamy następujące sposoby do osiągnięcia tego celu. Przede wszystkiem należy starać się ocalić i matkę i płód a to albo przez założenie kleszczy wysoko i wydobycie płodu, albo, gdyby nas kleszcze zawiodły, zmniejszyć niestósunek przez rozcięcie spojenia łonowego i wtedy wyciągnąć płód kleszczami. Dalej mogliśmy się uciec do cięcia cesarskiego i tym sposobem ocalić i matkę i płód, ale przy tem stopniu zwężenia (*conjugata vera* 8—$8^1/_2$) i ponieważ poród trwał już długo, co według niektórych (Schauta) pogarsza rokowanie cięcia cesarskiego, odstąpiliśmy od tej myśli, a chcąc się przekonać o skutku zachwalanego i modnego cięcia łonowego, które w tym stopniu ścieśnienia ma być i łatwe i ocala na pewne i płód i matkę, postanowiliśmy po założeniu kleszczy i jednej silnej trakcyi, gdyby się okazało, że główka na jednem i tem samem pozostaje miejscu, wykonać cięcie łonowe (*symphyseotomia*).

O godzinie $6^1/_2$ wieczorem, w uśpieniu chloroformowem przystąpił prof. Madurowicz do rozwiązania rodzącej.

Po dokładnem ogoleniu wzgórka łonowego i sromu, obmyciu mydłem i roztworem sublimatu 1‰ dolnej okolicy brzucha, sromu i wewnętrznej powierzchni ud, ułożono rodzącą na łóżku poprzecznem, następnie przepłukano pochwę 5% kwasem karbolowym i mocz odprowadzono. W uśpieniu chloroformowem, założono kleszcze Madurowicza na główce poprzecznie we wchodzie ustawionej i ścianami szyi macicy jeszcze objętej, przyczem przekonano się, że trzonki łyżek daleko od siebie odstają, co przemawiało za znaczną objętością główki. Macicę pobudzano do skurczów przez przykładanie zimnych okładów na brzuch i wykonano podczas bólu dwa silne pociągnięcia ku dołowi; gdy zaś te okazały się bezskuteczne a przytem brzegi ujścia bardzo były napięte, ponacinano ujście po bokach nożyczkami w tej nadziei, że ono może stanowić zawadę; kiedy i ten zabieg okazał się bezskutecznym, wtedy zwolniono kleszcze otwierając je w zamku i przystąpiono do wykonania cięcia łonowego. Przecięto skalpelem części miękkie w linii środkowej zaczynając na centymetr powyżej górnego brzegu spojenia łonowego a kończąc cięcie na 2 cm. powyżej łechtaczki. Następnie włożono do pęcherza cewnik metalowy, aby był niejako drogoskazem i odsuwał pęcherz ku tyłowi. Dalej odpreparowano przyczepienia mięśni prostych i piramidalnych brzucha o tyle, aby palec wskazujący ręki lewej mógł wejść po za spojenie łonowe, poczem zwykłym nożem gałkowatym zaczęto od góry i tyłu przecinać chrząstkę spoje-

nia łonowego ku dołowi i przodowi. Idąc za radą Leopolda, nie przecinaliśmy więzadła łukowego.

To postępowanie nie zaleca się dla tego, ponieważ, skoro podczas wydobywania płodu reszta części nie przeciętych pęka, powstaje z naczyń ciał jamistych łechtaczki dość obfity krwotok, który należy opanować najlepiej przez okłucie lub przez zatykanie gazą jodoformową; tak się stało w naszym przypadku. Za przecięciem górnej połowy spojenia nie było wcale krwawienia. Po przecięciu a nawet już podczas tego rozstąpiły się kości spojenia na $^{1}/_{2}$—1 cm., już wtedy pomocnicy wywierali rękami ucisk na boki miednicy w okolicy krętarzy, co szczególniej ważnem jest w chwili, gdy wyciągamy główkę kleszczami, lub wytaczamy ją po obrocie. Taki ucisk ma zapobiegać naciągnięciu lub przerwaniu więzadeł krzyżowo-biodrowych przednich, ba nawet złamaniu stawów krzyżowo-biodrowych, jak to zdarzyło się nieraz a w ostatnich czasach prof. Krassowskiemu w Petersburgu. Po przecięciu spojenia mimo bolów główka nie zeszła do próżni; przeto znowu zamknięto kleszcze, które podczas całej operacyi pozostały na główce. Po jednej silnej trakcyi główka zeszła do próżni a wtedy odstęp brzegów kości powiększył się z pewnością na 5—6 cm.; pomocnicy uciskając na okolice krętarzy starali się zbliżyć kości do siebie. To jedno pociągnięcie nie wystarczyło jednak do wydobycia główki, która posunąwszy się do próżni a nawet do cieśni stała poprzecznie; dla tego przesunięto łyżki kleszczy w wymiar miednicy ukośny prawy i w następnem pociąganiu dokonano zwrotu główki, poczem starano się wytoczyć potylicę płodu pod spojenie; w tej chwili właśnie pękła reszta części miękkich, przy czem powstał dosyć obfity krwotok. Miejsca broczące zatkano na razie; kiedy już wytaczano główkę po międzykroczu, gdy zatem już większy odcinek znajdował się w szparze sromowej, usłyszano rodzaj szelestu i w tej chwili główkę wytoczono; po chwili i boczki a za nimi i cały płód urodził się. Ponieważ krwawiły brzegi poszarpane dolnej części rany, przeto odklejono i wydobyto natychmiast ręcznie łożysko. Na tem zakończono operacyę mającą na celu rozwiązanie matki. Płód płci męzkiej był dobrze rozwinięty, cechy prawie nadmiernego, przenoszonego okazujący; urodził się dosyć mocno omdlały, jednak w niespełna 10 minut docucono się go i oddano pod opiekę akuszerki zakładowej.

Do tej chwili zdawało się, że wszystko jeszcze pomyślnie przebiega, ale teraz straszny widok przedstawił się oczom naszym; mieliśmy, jak się wyraził prof. Madurowicz, przed sobą „kobietę, rozpłataną od górnego brzegu spojenia aż do otworu niemal stolcowego". Otóż podczas wytaczania główki pękła reszta części miękkich, ale, co więcej, pękła szyja głęboko, po prawej stronie pękła pochwa od sklepienia prawego ku dołowi, pęcherz moczowy po prawej stronie od przodu i to poprzecznie tak, że na przejściu między pęcherzem a cewką ta ostatnia była poprzecznie oddzielona i wraz z oderwaną łechtaczką przesunięta na lewo. Słowem było to zniszczenie, jakich się często nie widzi w tej okolicy, chyba po przejechaniu lub spadnięciu ze znacznej wysokości na przedmiot ostry lub sterczący.

Wobec tego trzeba było przystąpić do zeszycia tych uszkodzeń a rzeczywiście w pierwszej chwili, gdy jeszcze było krwawienie, które zatamowano przez okłucie, trzeba było dobrze się zastanowić, aby się znaleść w tych stósunkach, zwłaszcza, że rana to była gnieciona o brzegach poszarpanych, krwią podbiegłych a tkanki były kruche, jakby rozpadające się. Powoli i z rozwagą zeszyto naprzód pękniętą szyję, potem oderwaną cewkę złączono z pęcherzem i zaszyto rozdarcie pęcherza na ścianie prawej a od przodu zaszyto ranę pochwy, po czem przyszyto łechtaczkę i nareszcie zeszyto według zasad międzykrocze. W pęcherzu pozostawiono cewnik Nelatona komornem; pod spojenie łonowe a między nie i przednią ścianę macicy wsunięto pasek gazy, następnie zaszyto części miękkie szwami katgutowemi podwójnemi, przyczem pomocnicy zbliżyli brzegi spojenia prawie zupełnie. W końcu założono kilka szwów głębokich, jedwabnych, skórnych, założono opatrunek antyseptyczny i bandaż z organtyny mocno uciskający. Chorą ułożono spokojnie na wznak w łóżku. Cała operacya trwała 2 godziny, z czego lwia część przypada na leczenie operacyjne uszkodzeń powstałych podczas operacyi. Chora cały ten przeciąg czasu spała dobrze a przypadków podczas chloroformowania nie było żadnych.

Po ukończeniu operacyi i ułożeniu matki w spokoju zajęto się noworodkiem, który krzyczał mocno i poruszał się żwawo. Na główce niepomiarowej kość boczna prawie jest wypukłona, podczas gdy lewa jest bardzo spłaszczona; kości na siebie prawie zupełnie nie zachodzą. Na twarzy w okolicy ucha odgniecenia od łyżek.

Pomiary dziecka. Waga ciała: 3640 gr.
Długość ciała 51 cm.
Obwód czaszki odpowiadający wymiarowi prostemu 38 cm.!

Wymiar poprzeczny przedni $9^{1}/_{2}$ cm.
„ „ tylny $10^{1}/_{2}$ cm.
„ przodowo-tylny (czoło potylicowy) $12^{1}/_{2}$ cm.
„ ukośny duży (bródko-potylicowy) 14 cm.
„ barków 13 cm.

Przebieg pooperacyjny: 16. lutego I. dzień połogu. Przez noc chora spała nieźle, skarży się tylko na pieczenie w częściach rodnych. Ciepłota 37·0 tętno 120. Cewnik pozostawiono w pęcherzu komornem. Wieczór ciepłota 38·0°, bez dreszczu, tętno 130; skarży się na znaczne bóle w okolicy bioder, co przypisać należy uciskowi od opaski, mocz odpływa przez cewnik do podstawionego naczynia, jest nieco krwawy. Podano makowiec (*opium*) w postaci czopka i przecięto opaskę krochmalną a założoną zwykłą organtynową.

17. lutego, drugi dzień połogu. Warga większa prawa nieco obrzmiała, równie jak i okolica międzykrocza. Nad spojeniem w miejscu rany zeszytej znaczniejszego obrzęku nie ma; okolica rany za dotykaniem bolesna. Ciepłota 37·2, tętno 18·8. Wieczorem ciepłota 37·6 tętno 112.

Taki stan bez zmiany trwa do 20. lutego.

20. lutego, t. j. w 4 dni, wieczorem ciepłota 38·5, tętno 116. Okolica rany zaczerwieniona, obrzękła; również widać znaczny obrzęk na prawej wardze sromowej większej. Strzęp gazy pod spojenie łonowe założony moczem przesiąkł; pościel również nie jest sucha, lecz moczem zwilżona; z pochwy idą prawidłowe odchody połogowe. Chora miała o godz. 4. popołudniu dreszczyki. Dziecię, które zupełnie jest zdrowe, oddała matka na wychowanie na wieś.

23. lutego. Siódmy dzień połogu. Rano ciepłota 38·0, wieczorem 39·4, tętno 136. Brzegi rany zaczerwienione odstają od siebie a między drugim a trzecim szwem wypływa

przez ranę w spojeniu mocz; opatrunek tak dobrze jak i pościel moczem przesiąkłe.

Z tej przyczyny, jak również i dla tego, że chora skarży się na bóle w okolicy łopatek biodrowych, zdjęto ostrożnie opatrunek dotychczasowy a założono świeży i ściągnięto miednicę opaską elastyczną.

25. lutego. Dziesiąty dzień połogu. — Chora skarży się na ból pochodzący od ucisku opaski, na odpływanie moczu przez pochwę i na ból w kości krzyżowej i oświadcza, że w tej pozycyi dłużej leżeć nie może. Ciepłota rano 37·8, wieczór 39·0, tętno 116.

Rana rozeszła się w górze, czyli trzy szwy jedwabne leżą na spojeniu luźnie; dwa dolne trzymają się dobrze i tu rana zgojona doraźnie. Przez górną ranę wycieka mocz a przez szczelinę między brzegami kości łonowych na $^1/_2$—1 cm. widać otwartą przednią ścianę pęcherza. Trzy szwy górne wyjęto. Również usunięto strzęp gazy jodoformowej pod spojenie wsuniętej. Obrzęk sromu znacznie mniejszy; w przedsionku przyszyta łechtaczka zgojona doraźnie — przez cewnik wypływa do naczynia tylko mała ilość moczu — reszta górą i przez pochwę; mocz zupełnie czysty. Międzykrocze zgojone doraźnie. Chorą ułożono na poduszce gumowej, wypełnionej powietrzem.

Z tego, co dotychczas spostrzeżono w przebiegu połogu, musieliśmy przyjść do przekonania, że mamy do czynienia z przetoką na przedniej ścianie pochwy, że brzegi rany się rozeszły, że kości nie przylegają w spojeniu do siebie, że przetoka komunikuje przez szczelinę w spojeniu z raną z jednej strony a z drugiej z pochwą, której przednia ściana więcej na prawo była przerwana, że mamy do czynienia z naciekiem moczowym. Nabraliśmy przekonania, że wskutek tego powikłania nawet wobec najpomyślniejszego przebiegu pozostanie przetoka na przedniej ścianie pęcherza, której wyleczenie nie należy do łatwych zadań operacyjnej ginekologii.

Od dnia 27. lutego do 8. marca nie zaszło w stanie chorej nic nadzwyczajnego; tylko wskutek podwyższenia ciepłoty, która wieczorami dochodziła aż do 40°, chora czuła się znacznie osłabioną. Mocz odchodzi w największej ilości ze szpary sromowej; rana skórna i szczelina pomiędzy kośćmi wypełnia się obficie ziarniną. Obrzęk rany i sromu ustąpił. Chora może poruszać kończynami i nie doznaje przy tem bólu ani w spojeniu ani w okolicy krzyżowo-biodrowej Tak przy ruchach czynnych, jak i przy biernych można wyczuć, że końce kości łonowych nieco się poruszają. (Dok. nast.)

II. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych.

Napisał

Dr. A. Beck.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Przeglądając zapomocą słabego powiększenia preparaty pochodzące z jednej przepony, natrafiamy na niektóre, w których już zapomocą tego powiększenia rozeznać można zagłębienia i dołki ułożone w mniej lub więcej liczne gromady koło dużych pni naczyń limfatycznych lub w otoczeniu naczynia krwionośnego. Jeżeli taki dołek ustawimy pod mocniejszem powiększeniem, to dostrzeżemy, że podczas ustawienia soczewki na śródbłonek powierzchowny, dno tego zagłębienia albo wcale nie jest widoczne, albo jest zupełnie zalane. W celu wyraźnego widzenia dna musimy zapomocą śruby mikrometrycznej zbliżyć soczewkę do preparatu. Podczas tego obniżania powolnego soczewki można dostrzedz, że mamy przed sobą krótki przewód, wysłany komórkami śródbłonkowemi, które wchodzą tu wprost z śródbłonka powierzchownego. Można wyraźnie widzieć, jak niektóre z tych komórek leżą jedną swą częścią poziomo a zatem jeszcze na powierzchni przepony, gdy druga część, do pierwszej pod kątem ustawiona, wpukla się do wnętrza przewodu, i w ten sposób bierze udział w utworzeniu jego wyściółki. Za głębszem jeszcze ustawieniem mikroskopu widać, że przewód prowadzi do światła naczynia limfatycznego, albowiem na dnie ukazują się charakterystyczne dla naczyń limfatycznych komórki śródbłonkowe, duże, o granicach nierównych, pokarbowanych. Średnica opisanych przewodów, prawdziwych s t o m a t ó w, jest nader rozmaita; może ona być równą średnicy ciałka czerwonego krwi, alboteż przewyższać ją kilkakrotnie (nawet 10 razy). Różne są one także co do postaci; gdy jedne są na przekroju okrągłe, okazują się inne owalne, albo nieforemne. Duże *stomata* miały niekiedy przedział w postaci mostka utworzonego przez wiązkę tkanki łącznej.

Co do ułożenia tych otworów, muszę zwrócić uwagę na okoliczność, że znajdują się one w znaczniejszej liczbie szczególnie w niektórych miejscach przepony. Do tych należy tylna część przepony w okolicy kręgosłupa, miejsce, gdzie także znajduje się gęsta sieć naczyń limfatycznych. Jednak i inne punkty środka ścięgnistego posiadają *stomata*, mianowicie koniuszek jego najwięcej ku przodowi wysunięty.

Obok tych prawdziwych otworów prowadzących do naczyń limfatycznych, często w bezpośredniem ich otoczeniu, znachodzą się zupełnie podobne twory, które jednak tem się różnią od prawdziwych przewodów, że nie komunikują z naczyniem limfatycznem pod niemi przebiegającem. Są to zagłębienia, również wysłane śródbłonkiem; komórki jednak śródbłonkowe na dnie zagłębienia się znajdujące noszą cechy śródbłonka powierzchownego i łatwo można się przekonać, że między tem zagłębieniem, a leżącem pod niem naczyniem znajduje się przegroda składająca się, co najmniej z dwóch warstw śródbłonka.

Jakie jest znaczenie tych zagłębień, trudno z pewnością rozstrzygnąć; wydaje się jednak podobnem do prawdy, że tworzą one przejścia do prawdziwych otworów, albo są to niezupełnie jeszcze wykształcone *stomata*. Podobnie jak i śródbłonek powierzchowny przepony ciągłym ulega przemianom, tak, zdaje się, i *stomata* nie stanowią stałych tworów, lecz, bardzo być może, powstają i znowu znikają. Jestto przypuszczenie, na które jednak nie mamy dowodów, opartych na bezpośredniej obserwacyi.

Zato nie ulega znaczenie prawdziwych otworów, (*stomata vera*) wyżej opisanych, dla resorpcyi ciał stałych z jamy otrzewnowej żadnej wątpliwości. Mogę to twierdzić na podstawie całego szeregu doświadczeń. Zanim jednak przystąpię do ich opisu, niech mi wolno będzie kilka słów wspomnieć o t. zw. *stomata* najpierw przez Recklinghausena opisanych. Jak wyżej podałem, uważał Recklinghausen za

stomata ciemne pola, które po zadziałaniu azotanu srebrowego na przeponę, występowały na granicy kilku komórek śródbłonkowych. Dlaczego właśnie czarne plamy, które nie są niczem innem, jak tylko wyrazem znaczniejszej redukcyi soli srebrowej w tem miejscu, jaka wszędzie powstaje w substancyi międzykomórkowej, należy uważać za otwory, trudno sobie wytłomaczyć. Pytanie to często już było przedmiotem dyskusyi a wielu autorów wypowiadało zapatrywanie się, że t. zw. *stomata* są produktami sztucznemi. Zresztą Recklinghausen sam dotąd nie wyjaśnił jeszcze sprzeczności w swoich twierdzeniach, mianowicie, dlaczego w jednych razach brak redukcyi srebra w t. zw. jego kanalikach odżywczych (*Saftkanälchen*), uważa za przestwory próżne, gdy w innych razach (*stomata*) znaczniejsza redukcya ma mieć to samo znaczenie. Co jednak najbardziej przemawia przeciw pojmowaniu *stomatów* Recklinghausenowskich jako otworów prowadzących do naczyń limfatycznych, to okoliczność, że znajdujemy je zarówno w tych miejscach środka ścięgnistego, gdzie nie ma naczyń chłoniczych, jak nad naczyniami. Owszem w przypadkach, w których posrebrzenie śródbłonków wypadło zupełnie odpowiednio, to znaczy redukcya soli srebrowej nie była zbyt znaczna, widać, że komórki śródbłonkowe leżące ponad naczyniami limfatycznemi są właśnie bledsze, substancya kitowa między niemi węższa, i że brak tu zupełnie tych plam czarnych, które w innych miejscach znachodzą się pomiędzy komórkami.

W celu badania resorpcyi ciał stałych z jam surowiczych wstrzykiwałem psom i królikom do jamy brzusznej lub klatki piersiowej substancye nierozpuszczalne w zawiesinie wodnej lub w oliwie i szukałem ich następnie w naczyniach limfatycznych, we krwi i w tkankach. Substancye w tym celu użyte były następujące: s k r o b i a, mianowicie gatunek tworzący bardzo drobne ziarna, nie przekraczające wielkości ciałka czerwonego krwi, o l i w a, d e l i k a t n y p y ł w ę g l o w y (sadze), c y n o b e r, k a r m i n nierozpuszczony, z a r o d n i k i z ś n i e d z i k u k u r y d z o w e j (*ustilago maidis*) i c i a ł k a c z e r w o n e k r w i.

Doświadczenia, które z ciałami temi wykonałem, podzielić można na dwie grupy: W pierwszym szeregu doświadczeń wstrzykiwałem jednę z wymienionych substancyj do jamy otrzewnowej lub opłucnowej i badałem, po upływie jakiego czasu ciało wstrzyknięte zjawia się w limfie wypływającej z przewodu piersiowego (*ductus thoracicus*); w drugim szeregu doświadczeń (o wiele liczniejszych) na psach i królikach, zwracałem uwagę na badanie krwi i narządów (płuca, nerki, wątroba, śledziona), w których zatrzymują się ciała wprowadzone do obiegu krwi. Nadto badałem tak w pierwszym jak i drugim szeregu doświadczeń wchodzenie tych ciał do początków i większych pni naczyń limfatycznych.

Nie mam zamiaru czytelnika trudzić przytaczaniem doświadczeń samych, lecz ograniczę się tylko do podania krótkiego opisu, w jaki sposób je wykonywano, i ostatecznych wypadków.

Doświadczenia ze zbieraniem limfy wykonywano w następujący sposób: W głębokiej narkozie morfinowej odsłaniałem u psa ujście przewodu piersiowego do żyły bezimiennej lewej i albo postępując według metody Gärtnera [1]) podwiązywałem wszystkie żyły doprowadzające i pień żyły bezimiennej poniżej ujścia przewodu piersiowego, wstawiając kaniulkę w celu zbierania limfy do żyły [1]), albo też w kilku doświadczeniach wstawiałem kaniulkę wprost do przewodu piersiowego. Następnie wstrzykiwałem do klatki piersiowej, względnie jamy brzusznej skrobię, karmin lub krew odwłókniona. Co do tej używałem krwi ptasiej a mianowicie z tego powodu, że zbierając limfę za pomocą metody pierwszej (pośredniej), trudno się uchronić od choćby bardzo małej domieszki krwi a nawet po bezpośredniem wstawieniu kaniulki do przewodu piersiowego niejednokrotnie limfa po dłuższym czasie przybiera słabe zabarwienie krwawe. Oczywiście ciałka czerwone krwi ptasiej kształtu eliptycznego łatwo odróżnić od innych a jeżeli się ukazują w limfie, nie mogą zkądinąd pochodzić, jak tylko z tego miejsca, do którego je wprowadzono.

Z limfy, która wypływała z kaniulki, brałem w pewnych odstępach czasu (zazwyczaj co 5 lub 10 minut) świeżą kroplę na szkiełko przedmiotowe i śledziłem pod mikroskopem, czy w preparacie znajduje się ciało do jamy surowiczej wprowadzone. Tym sposobem można było oznaczyć, jak szybko ciała te z klatki piersiowej lub z jamy otrzewnowej ulegają wessaniu i wchodzą przez układ limfatyczny do obiegu krwi. Oprócz tego sporządzałem po zabiciu zwierzęcia preparaty z przepony, względnie i opłucnej, w celu wyszukiwania otworów, przez które wstrzyknięte substancye wstąpiły do naczyń limfatycznych; nadto badałem także dokładnie krew i narządy, ażeby się przekonać, czy pomimo utworzonego odpływu limfy z przewodu piersiowego, który przecież ma to samo znaczenie, co podwiązanie przewodu a zatem równa się wykluczeniu krążenia limfy, wstrzyknięte ciała dostają się do układu naczyń krwionośnych.

O wynikach tych ostatnich badań, jak również o badaniach, w których wykazywano wprowadzone do jam substancye w naczyniach limfatycznych i ich pierwszych początkach, pomówimy poniżej; w tem miejscu na razie zajmiemy się tem, jakiego potrzeba na to czasu, aby ciała nierozpuszczalne wprowadzone do worka otrzewnowego przeszły do obiegu krwi. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

O śmierci nagłej.

Podał
Dr. Leon Wachholz,
asystent katedry medycyny sąd. w Uniw. Jagiell.

(Dok. Patrz Nr. 36).

Porażenie serca stanowi jednę z najczęstszych przyczyn nagłej śmierci. Devergie sądzi, że śmierć z porażenia serca można rozpoznawać w tych przypadkach, w których wynik sekcyi jest ujemny, niema przekrwienia w narządach wewnętrznych a w lewej i prawej połowie serca znajduje się równa ilość krwi płynnej. Ostatniej okoliczności rozpoznawczej nie można uważać za ścisłą, gdyż odnosi się ona tylko do przypadku porażenia serca (*in toto*) w chwili jego rozkurczu.

Rost [2]) podaje w swej pracy o śmierci z porażenia

[1]) Wiener klinische Wochenschrift. 1892.

[1]) Przy tej sposobności składam szczere podziękowanie panu prof. Gärtnerowi za pomoc, której mi udzielił podczas pierwszych tego rodzaju doświadczeń.

[2]) Ueber den Tod durch Herzschlag. Vierteljschr. f. ger. Med. 1891.

serca następujące wskazówki, ułatwiające rozpoznanie: Przypuszczenie śmierci z porażenia serca jest uzasadnione w przypadkach, w których śmierć nastąpiła nagle, wynik sekcyi jest ujemnym, wykluczoną jest możebność śmierci z innej przyczyny a ma się podstawę opartą na doświadczeniu klinicznem i na okolicznościach tyczących się każdego danego przypadku, które stwierdzają przekonanie, iż ustanie czynności serca stało się przyczyną nagłej śmierci. Pierwotne ustanie akcyi serca może mieć dwojaką przyczynę, t. j. albo mięsień serca staje się niezdolnym do pracy, albo też ośrodki nerwowe, które kierują pracą mięśnia sercowego, ulegają porażeniu. Mięsień sercowy może się stać niezdolnym do pracy skutkiem wielu zboczeń, jakie w nim zajść mogą pierwotnie lub następowo; ustaje on również w swej czynności, skutkiem zmian na zastawkach serca lub w ich sąsiedztwie wykazać się dających. Zmianami temi są: zwyrodnienia różnego rodzaju w samym mięśniu sercowym wraz z tak zwaną fragmentacyą (Renaut-Landouzy, głównie Browicz i Tedeschi), wady zastawkowe, miażdżyca wielkich naczyń lub tętnic wieńcowych, ucisk nowotworów w śródpiersiu, chorobowo zmienionych płuc, wypocin w workach surowiczych, jak osierdziu i w opłucnych i t. d. Między temi tak licznemi zmianami na szczególną uwagę zasługuje miażdżyca tętnic wieńcowych serca, która już za życia człowieka ma być powodem tak zwanej dusznicy bolesnej (*angina pectoris*).

Key Aberg[1]) opisuje cały szereg przypadków śmierci nagłej, w których przyczyny upatrywać należało w porażeniu serca wywołanem miażdżycą tętnic wieńcowych, zacieśniającą w znacznym stopniu lub zamykającą światło głównego pnia lub wielkich gałęzi tychże naczyń. Z licznych jego spostrzeżeń wypada, że siedliskiem najczęstszem zwężeń lub zamknięcia prawej tętnicy wieńcowej bywa główny pień, lewej tętnicy gałąź prostopadła.

Na 30 przypadków śmierci nagłej z porażenia serca, obdukowanych w krakowskim zakładzie, znaleziono w 6 przypadkach zmiany miażdżycowe tętnic wieńcowych zwężających a nawet zamykających ich ujście. W reszcie przypadków znalazły się zmiany bądź w samym mięśniu sercowym, bądź też na zastawkach i śródsierdziu.

Porażenie serca w następstwie porażenia ośrodków nerwowych czynnością jego zawiadujących jest mało dotąd znane a przyczynami jego mogą być pewne trucizny, wreszcie porażenie sposobem odruchowym.

Śmierć z porażenia serca sposobem odruchu można wedle Rosta rozpoznawać w przypadkach nagłej śmierci po urazach w piersi, brzuch, okolicę żołądka, po ucisku wywartym na jądra i krtań a więc po urazach działających na tak zwane wstrząsorodne (*shokogene*) okolice, w przypadkach nagłej śmierci skutkiem rażenia piorunem, skutkiem zmarznięcia i t. d. Przyczyną nagłej śmierci przez zwrotne porażenie serca może się stać nagle wytworzona niedrożność jelit, n. p. uwięźnięcie znaczniejszej części jelita w przepuklinie[2]).

Śmierć z porażenia serca może zatem mieć bardzo liczne przyczyny a rozpoznanie jej słuszne i uzasadnione na znaczne napotyka trudności; dlatego też w każdym przypadku należy ściśle wziąć pod rozwagę tak zmiany w zwłokach znalezione, jak i wywiady odnoszące się do ostatnich chwil denata, jeźli to wogóle możebnem, nadto należy zbadać drobnowidowo mięsień sercowy, zanim się wyda orzeczenie, gdyż omylić się w przypadkach tych można bardzo łatwo.

W ostatnich latach zwrócili niektórzy autorzy uwagę na przerost grasicy, jako na przyczynę nagłej śmierci, zwłaszcza u dzieci. Przypadki podobne opisali Grawitz[3]), Nordmann[1]), Soltmann-Breslau wreszcie Pott[2]). We wszystkich tych przypadkach śmierć nastąpiła nagle wśród objawów uduszenia, choć wedle spostrzeżeń Potta ustawała najpierw akcya serca. Autorzy, którzy sprawą tą zajmowali się, tworzą dwa przeciwne obozy. I tak: podczas gdy Virchow, Cohnheim i Grawitz uważają przerost grasicy za okoliczność, która może stać się przyczyną śmierci dziecka przez uduszenie, to znów Scheele[3]) i Paltauf[4]) odmawiają przerostowi grasicy tak doniosłego znaczenia.

Scheele doszedł na zasadzie doświadczeń swych do przekonania, że powiększona grasica nietylko, że nie jest w stanie zacisnąć tchawicy, jak to n. p. dzieje się w przypadkach wola okrążającego (*struma circularis*) i w ten sposób sprawić nagłą śmierć, lecz nawet nie jest w stanie przez uciśnięcie żyły głównej górnej (*v. cava sup.*) wywołać przerwy w krążeniu.

Paltauf twierdzi, iż grasica, gdy się rozrasta lub powiększa, to czyni to zawsze w kierunku, w którym doznaje najmniejszego oporu. Rozrasta się zatem w kierunku narządów podatnych, jak płuc i t. d. a nie w kierunku narządów zbitych i odpornych, jak tchawica. Ponieważ zaś żaden z autorów nie widział nawet niedodmy z ucisku grasicy na płuca, przeto tem bardziej nie można przypuścić, by grasica powiększona mogła zacisnąć zupełnie tchawicę.

Seydel[5]) przechyla się do obozu pierwszego i twierdzi, iż powiększenie, zwłaszcza nagłe przerosłej grasicy może być przyczyną nagłej śmierci u dzieci przez ucisk na nerwy tuż koło niej przebiegające, szczególniej na nerwy błędne, których uciśnięcie tamuje czynność serca. W ten sposób tłómaczy Seydel przypadki Potta, w których tenże spostrzegał najpierw ustanie czynności serca.

Z tych wszystkich spostrzeżeń wypada dla lekarza sądowego wskazówka, żeby w przypadkach nagłej śmierci, przeważnie u dzieci (i u dorosłych utrzymuje się czasem grasica, jak n. p. w przypadku Nordmanna) zwracali swą uwagę na grasicę. W przypadkach, w których wynik sekcyi jest ujemny lub wątpliwy a śledztwo nie wykazało motywu zbrodniczego, można przerostowi grasicy przypisać znaczenie przyczyny śmierci.

Śmierć nagła z udaru trzustkowego (*apoplexia pancreatica*) jest również co do genezy swej ciemna. Przypadki nagłej śmierci z krwotoków w trzustce, które Virchow uważa za najrzadszą zmianę chorobową w ustroju ludzkim, opisali Zenker, Klebs, Wagner i t. d. Dawniejsi lekarze sądowi, jak Meckel, uważali trzustkę za narząd, którego zmiany chorobowe nie mają w medycynie sądowej żadnego znaczenia. Dopiero od czasu, gdy Eichhorst i Friedreich na krwotoki w trzustce baczną zwrócili uwagę, zaczęli i lekarze sądowi więcej nad zmianą tą się zastanawiać, zwłaszcza zaś Reubold, Falk[6]) i Dittrich[7]).

Reubold sądzi, iż przyczyną nagłej śmierci w tych przypadkach są zboczenia w krążeniu ogólnem lub brzusznem, skutkiem krwotoku do trzustki. Tymczasem doświadczenia w tej mierze na różnych zwierzętach wykazały, iż zwierzęta krwotok ten znoszą i nie giną nagle. Wreszcie zdaniem Falka i Groeningena[8]) krwotok trzustki nie stanowi przyczyny wstrząsu (*shoku*). Dittrich twierdzi, iż geneza nagłej śmierci z krwotoku trzustkowego jest ciemną; to też lekarz sądowy nie powinien opierać na podobnej zmianie, jak na pewniku swego orzeczenia.

---

[1]) Algot Key Aberg. Ueber die Sclerose d. Kranzarter. d. Herzens als Ursache plötzlichen Todes. Vjschr. f. ger. Med. 1889.

[2]) Hedenius. Tre fall af plötslig död. Schm. Jahrb. 1888. Marcus. Mort rapide par étranglement interne i t. d. Schm. Jahrb. 1892.

[3]) Ueber plötzliche Todesfälle im Säuglingsalter. Deutsche med. Wochschr. 1888.

---

[1]) Ueber Beziehungen der Thymusdrüse zu plötzl. Todesfällen im Wasser. Schm. Jahrb. 1889.

[2]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde. 1. Z. 1892.

[3]) Zur Kasuistik d. plötzlichen Todesfälle bei Thymushyperplasie. Vjschr. f. ger. Med. 1890.

[4]) Ueber die Beziehungen der Thymus zum plötzlichen Tode. Vjschr. f. ger. Med. 1893.

[5]) Vjschr. f ger. Med. Z. 1. 1893.

[6]) Apoplexia pancreatica. Vjschr. f. ger. Med. 1890.

[7]) Ueber einen Fall von genuiner acuter Pancreasentzündung. Vjschr. f. ger. Med. 1890.

[8]) Ueber den Shock. Wiesbaden. 1885.

Pouczającem w tym względzie jest orzeczenie Falka, który nie znalazłszy w zwłokach znanego złodzieja, znalezionego bez życia na ulicy, żadnych zmian oprócz krwotoku trzustki, oświadczył sądowi, iż w tym przypadku mogła pozostawać śmierć w związku przyczynowym z krwotokiem trzustki.

Ostre upojenie się alkoholem może się stać również przyczyną nagłej śmierci. Ponieważ pijani bardzo często wszczynają bójki i sprzeczki, ztąd można podejrzywać w przypadkach śmierci nagłej z upicia się, iż gwałt był przyczyną śmierci. W sprzyjających okolicznościach, jak miażdżycy tętnic mózgowych, mogą powstać krwotoki mózgowe pod wpływem upicia się a wreszcie pośrednio i inne zmiany, tłómaczące przyczynę śmierci.

Jednak bardzo często w tych przypadkach sekcya nic nie wykazuje charakterystycznego. Wówczas można napotkać przekrwienie i opuchlinę płuc; błona śluzowa żołądka bywa żywo nastrzykniętą, rozpulchnioną, często okazuje wynaczynionki. Jeśli w mózgu lub żołądku da się czuć woń alkoholu lub aldehydu (woń podobna do owocowej), wówczas można domyślać się ostrego zatrucia alkoholem. Dr. Formad w Filadelfii twierdzi na zasadzie 250 przypadków nagłej śmierci z upicia się wyskokiem, że przyczynę śmierci można poznać po charakterystycznych zmianach w nerkach (*Schweine-Rückenniere*, *Alkoholniere*), których nie napotyka się w nerkach osób nie nadużywających alkoholu, po nacieku tłuszczowym wątroby (*grosse Fettleber*) i po obecności alkoholu w żołądku. Seydel[1]) jednak doszedł na zasadzie swych spostrzeżeń i doświadczeń na zwierzętach do przekonania, iż zmiany podobne w nerkach należą do rzadkich wyjątków. Mimo to poleca badać nerki drobnowidowo, gdyż zwyrodnienie w przybłonkach cewek nerkowych świadczy o nadużywaniu alkoholu przez czas długi.

W przypadkach śmierci nagłej, w których mimo, iż zwłoki są świeże, nie znaleziono żadnych zmian tłómaczących przyczynę nagłości zejścia a nie można dowiedzieć się nic o okolicznościach, które śmierć poprzedziły lub w których ona nastąpiła, należy zwrócić uwagę sądu na potrzebę zbadania chemicznego treści ustroju ze względu na możebność otrucia. Jeśli i badanie chemiczne nic nie wykaże, wówczas należy otwarcie orzec, że tak sekcya, jak i badanie chemiczne nie zdołały wykryć przyczyny śmierci.

Patologia.

V e r o n e s e: Pobłonicowe porażenie serca.

Porażenie serca w rekonwalescencyi po błonicy występujące nie jest nigdy nagłe, lecz jest wynikiem całego szeregu zmian anatomicznych, trwających zwykle 2—8 dni a mogących trwać całemi tygodniami i dających pewne objawy kliniczne. W okresie utajenia, poprzedzającym porażenie serca, objawy są następujące: osłabienie, apatya, niepokój, bezsenność nocna, senność dzienna. Mimo, że to okres rekonwalescencyi po błonicy, rozstrzeń serca; tętno częste, przepuszczające, arytmiczne, to znów puls rzadki, oddech przyspieszony, ból w dołku podsercowym, wymioty, białkomocz, stan bezgorączkowy. Szczytem całej choroby (*acme*) jest napad omdlenia (*synkope*), wśród którego wymioty, bóle znaczne; to omdlenie powtarza się zwykle kilkakrotnie w ciągu 2—3 dni i wśród takiego napadu może nastąpić nagle śmierć. W przypadkach szczęśliwszych występują objawy niedomogi serca z obrzękami i zastoinami w organach wewnętrznych. To porażenie serca występuje częściej u dzieci między 6 tym a 14-tym rokiem życia, u dzieci poniżej 6. roku życia rzadziej, zdaje się dlatego, że w tem wieku częściej ulegają dzieci podczas samej błonicy. Przyczyną śmierci na podstawie zmian anatomiczno-patologicznych jest nie tyle zwyrodnienie mięśnia sercowego, ile zwyrodnienie nerwów błędnych, ośrodków sercowych, nerwu współczulnego i ośrodków nerwu trzewowego (*coeliacus*).

Rokowanie zawsze wątpliwe a zależy od szybkości i rodzaju rozwijających się objawów.

Leczenie: spokój, ciepłe okłady na ciało, środki podniecające, kamfora, strychnina, prąd elektryczny. (*Wiener klin. Wochschr. 1893. Nr. 17 –22*). *Dr. Komorowski.*

Choroby zakaźne.

Bacillus Berolinensis.

Profesor higieny w Berlinie, R u b n e r wykrył tego lata, gdy o cholerze ani w Berlinie, ani w całem państwie niemieckiem mowy nie było, we wodzie wodociągów berlińskich prątek kręty, który cechuje się następującemi właściwościami: 1) co do postaci i kształtu nie różni się niczem od prątka c h o l e r y c z n e g o K o c h a; 2) hodowla kłuta na żelatynie nieco powolniej się rozwija; 3) hodowle na agarze, na agarze glicerynowym, na ziemniakach zupełnie takie same, jak hodowle prątka Kocha; 4) tworzenie się kożuszka na powierzchni alkalicznego bulionu i peptonowego bulionu; 5) nie sprawia skrzepnięcia mleka; 6) w s p a n i a ł a r e a k c y a (czerwień choleryczna); 7) dla gołębi jest obojętnym, dla świnek morskich w wysokim stopniu zabójczy (zwierzęta giną wśród spadania ciepłoty); 8) jedyną różnicę stanowią płyty żelatynowe o tyle, że powolniej się rozwijają.

Prawie równocześnie wykrył Dr. D u n b a r, dyrektor zakładu higienicznego w Hamburgu, w wodzie Elby prątek, który nie różni się niczem od prątka w Berlinie wykrytego.

Badacze nie sądzą, aby drobnoustroje powyżej opisane były temi samemi co p r ą t e k c h o l e r y c z n y K o c h a, jednak ze względów praktyczno-rozpoznawczych badania ich są wskazówką, z j a k ą o s t r o ż n o ś c i ą n a l e ż y w y z y s k i w a ć w y n i k i b a d a n i a b a k t e r y o l o g i c z n e g o. (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 35. 1893*). *Ponikło.*

N. W i l l i a m: Czy grzybki choleryczne szerzą się za pomocą powietrza?

Chociaż autor uwzględniał w swoich doświadczeniach jak najkorzystniejsze warunki dla przenoszenia się grzybków cholerycznych za pomocą prądów powietrza, nie udało mu się jednak nigdy stwierdzić, aby w zwyczajnych okolicznościach zakażenie następowało za pomocą powietrza.

Już przez zmięszanie proste ze suchym kurzem ginęły zarodniki cholery w kilku godzinach a o wiele rychlej, jeżeli się puściło na kurz prąd powietrza. Jeżeli kurz zaprawiony hodowlami cholery rozdzieliło się w większym przestworze powietrza, wtedy nie udało się wessać z niego zarodków zdolnych do życia.

Nie udało mu się także nigdy znaleźć żywych zarodków cholery w prądzie powietrza, wypełnionego pyłem cholerycznym, skutkiem osiadania. Tylko nadzwyczaj mało prątków żywych otrzymywał wtedy, jeżeli dał wpadać pyłowi zaprawionemu prątkami cholery wprost do odpowiedniej pożywki. Zatem prątki cholery nie są w stanie, unosząc się z pyłem w prądzie powietrza, utrzymać się przy życiu przez czas dający się oznaczyć na znaczniejszą odległość. (*Zeitschr. f. Hygiene u. Infectionskrankheiten. XV. Band. I. Heft*). *B.*

Terapia.

Doc. L e v y i H. E. K n o p f: Leczenie błonicy za pomocą papajotyny i zarazem kwasu karbolowego.

Hodowle jadu błoniczego, otrzymane według metody Behringa i Wernickego, zmięszane z kwasem karbolowym w stósunku procentowym 0·5 są wyjałowione a działanie trujące w zupełności zachowane tak, że 0·5 cm. sz. tej mięszaniny wystarcza do zabicia dużej świnki morskiej wśród objawów zatrucia błoniczego. Jeżeli do takich skarbolizowanych hodowli dodamy nieco papajotyny i zostawimy je przez dwa dni w temperaturze 37° C., to badając jadowitość tej mięszaniny przekonywamy się, iż świnki morskie znoszą bez szkody aż do dwu cm. sz., lecz po wyleczeniu nie są odporne, owszem są skłonniejsze a nawet mniej odporne na błonicę. Papajotyna więc skutkiem swego działania trawiącego osłabia znacznie działanie jadu błoniczego. Po dodaniu

[1]) Der Tod durch Alkoholmissbrauch u. sein forensischer Nachweis. Vjschr. f. ger. Med. 1888.

do hodowli fermentu papajotyny bez poprzedniego dodania środka przeciwgnilnego powstaje gnicie.

Gamaleïa badał działanie fermentów jak maltyny, inwertyny, pepsyny, trypsyny, emulsyny na jad błoniczy i przekonał się, że tylko pepsyna i trypsyna osłabiają działanie tej części jadu, która sprawiła ostre zmiany, lecz nie wpływa na składniki jadu wywołujące cherę. Wychodząc z tego fizyologicznego zachowania się hodowli pod działaniem pewnych środków, używał autor w błonicy pomazywania środkiem:

Rp. *Papayotyni* (*Gehe*) *10·00*
Acidi carbolici liquefacti *5·00*
Aquae destil. *85·00*

Błony dyfterytyczne włożone do tego rozczynu, rozpuszczają się nieco wolniej, niż w samej 10% papajotynie. Działanie obu tych środków łączy się, albowiem, jak papajotyna rozpuszczając błony dozwala kwasowi karbolowemu głębiej zadziałać, tak kwas karbolowy zabijając bakterye dozwala papajotynie osłabić działanie jadu nagromadzonego koło bakteryj.

Autor stósował środek ten w 53 przypadkach w formie lekkiego pomazywania w pierwszych dwu godzinach co 10 minut, potem co 2 godziny. Procent śmiertelności jest 20%, z tego 9% z powodu następstw po tracheotomii. — Szybkie rozpuszczanie lekiem tym błon dyfterytycznych a przez to skracanie całej sprawy chorobowej sprawia, iż zabieg operacyjny (tracheotomia) coraz rzadziej jest potrzebny. (*Berliner klinische Wochenschrift*, *1893. Nr. 32).*

Dr. Komorowski.

Higiena.

M. Kirchner: Badania nad działaniem filtrów Berkefelda z wypalonej ziemi okrzemkowej.

Autor streszcza wyniki swych badań, jak następuje: 1) filter Berkefelda daje przesącz dostatecznie wolny od zarodników tylko przez krótki czas. 2) Nie zatrzymuje bakteryj chorobotwórczych dłużej, aniżeli zdrowych. 3) Ze stanowiska praktycznego nie zaleca się do użycia na wielkie rozmiary, ponieważ jego działanie szybko się zmniejsza i można je przywrócić tylko przez częste, kłopotliwe i niebezpieczne, z powodu kruchości materyału, sposoby czyszczenia. 4) O ile dałby się użyć w polu dla wojska, nad tem trzeba się zastanowić, lecz i tam wymagałby ciągłej i uciążliwej opieki ze strony znawców. (*Zeitschr. f. Hygiene und Infectionskrankheiten. Bd. XIV. 2. Heft*). *B.*

Notatki terapeutyczne.

Nastój jodowy (*tra jodi*), pod wieloma względami niedogodny, można bardzo dobrze zastąpić wazeliną z jodem zmięszanemi według przepisu:

109) *Jodi puri* *5·00*
Solve in
Aetheris sulfurici *100·00*
Solutioni adde
Vaselini *95·00*
Postea aether evaporetur.

Jako środek kojący w ostrem zapaleniu pęcherza moczowego zaleca Marsh kwas szczawiowy:

110) Rp. *Acidi oxalici* *1·00*
Syr. cort. aurantiorum *80·00*
Aquae destil. *120·00*

MDS. Co 4 godziny zażywać po łyżeczce od kawy.

Przypady ostre mijają bardzo rychło po zażyciu tego środka a objawy zadrażnienia pęcherza moczowego ustępują zdaniem M. zupełnie po kilku dniach.

Przeciw rupiom (*oxyuris vermicularis*) zaleca Demme kalomel ze santoniną:

111) Rp. *Santonini 0·01—0·02*
Calomelanos *0·02*
Sacchari albi *0·30*
M. f. p.
Dentur tales doses decem.
S. W trzech dniach po sobie zażywać rano po 3 proszki w odstępach godzinowych.

IV. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

Przenosząc teraz swą uwagę ku starożytnej Lidyi, mianowicie zaś do dzisiejszej jej stolicy Smyrny, spotykamy się tam z bardzo ciekawą okolicznością, dowodzącą, jak wielki wpływ wywarły na smyrneński ustrój służby zdrowia komentowania teoryj lokalistów i kontagionistów i jak się wywiązują tameczni koryfeusze z zadania, gdy zajdzie konieczność, drogą metodycznych poszukiwań bakteryologicznych, wydać zdanie o naturze zakaźnej sprawy chorobowej. W Smyrnie jeszcze w dniu 30. lipca r. b. o godzinie 3. po południu umarł w szpitalu greckim robotnik Jani Georgiu, którego choroba wzniecila pewne podejrzenie a sam szybki zgon stał się powodem do rozniesienia wieści o wybuchu cholery w mieście. Na podobną wiadomość, powtórzoną przez czasopisma, rząd grecki, uprzedzając inne, zarządził ścisłe środki ostrożności i nakazał poddawać jedenastodniowej obserwacyi wszystko, co pochodzi z zatoki smyrneńskiej. Jednocześnie na rozkaz Sułtana, jeneralny inspektor służby zdrowia w Turcyi, Dr. Cozzonis, został wysłany do Smyrny, gdzie obdukcya zwłok pod jego kierunkiem dokonana wykazała, że zgon robotnika nastąpił wskutek zapalenia żołądka i jelit. Lecz tegoż samego dnia w części miasta zwanej *Agia Paraskowi*, umarł czeladnik szewski, co wywołało ogólny postrach, uspokojony jednak naukowym dowodem, zapewniającym, że i w tym przypadku przyczyną śmierci była *gastro-enteritis.* Jednakże po wyniesieniu zwłok komisya higieniczna nakazała spalić odzież, należącą do zmarłego, a zajmowane mieszkanie zrosić rozczynem kwasu karbolowego. Następnego dnia dwóch robotników pracujących w przystani, również prawie nagle zakończyło życie. Wtedy to pod przewodnictwem Dra Cozzonisa, zebrano na naradę wybitniejszych lekarzy praktykujących w mieście i najbliższej okolicy i po długich dyskusyach spornych, zgodzono się na wydanie opinii, że w Smyrnie grasuje epidemia podobna do cholery (*choleriforme*), zarządziwszy zastósowanie wyjątkowych środków ostrożności, mianowicie 10-dniową obserwacyę podróżnych i okrętów pochodzących ze Smyrny i poddawanie ich pakunku odwietrzaniu parą wodną w lazarecie *Clazomene.* Prócz tego na wzgórzu *Pagus* rozbito szeregi namiotów, do których nakazano odsyłać chorych, dotąd przyjmowanych do miejskich szpitali. Nie pominięto i parostatków przewożących pielgrzymów, obostrzając dotychczasowe przepisy rozkazem poddawania okrętów przybywających do Dardanel 24-godzinnej obserwacyi, choćby pielgrzymi i okręty odbyli już przepisaną kontumacyę w jednym z lazaretów.

Taką jest w krótkości historya owej podejrzanej epidemii w Smyrnie, której charakter jakkolwiek nie został naukowo i ściśle określony, nie pozwala jednak wątpić, że ma się tu do czynienia nie z inną sprawą chorobową zakaźną,

jak tylko z cholerą. O drodze, jaką choroba miała się dostać ku zatoce smyrneńskiej, wspomniałem już wyżej. A nie zapominając i o działaniu wpływów miejscowych, jak brak dostatecznej ilości dobrej wody do picia, wyziewy ze starej przystani, nadzwyczajny zasób jarzyn i owoców, z całą chciwością pochłanianych przez mieszkańców, pomijanie stósowania się do przepisów higienicznych w większej ilości miejskich dzielnic, obok nasiąknięcia gruntu substancyami podlegającemi gnilnemu rozkładowi, wszystkie te dane skłaniają do przekonania, że obecna epidemia w Smyrnie, choćby nawet i zachowała swą li tylko sporadyczną cechę, niemniej jednak przez wielką łatwość rozwleczenia się na dalsze obszary winna zwrócić na się całą energię władz, by nie szczędząc trudów i kosztów, usiłowały umiejscowić i stłumić niebezpieczeństwo w samym jego zarodku. Jego bowiem nasileniu się sprzyja jeszcze i posucha, okoliczność, która podług doświadczeń Gamalei, podnosi stopień zaraźliwości bakteryj.

Ażeby jednak w liczbie siedmdziesięciu przeszło lekarzy praktykujących w Smyrnie, nie znalazł się ani jeden, coby się podjął zaraz w pierwszej chwili dokonania poszukiwań bakteryologicznych na pierwszych ofiarach tego podejrzanego stanu zdrowotnego, by podług przyjętych metod wykazać i oznaczyć jego istotę i właściwy charakter; to okoliczność wprowadzająca w zdumienie najgorliwszych nawet optymistów wschodnich! Wprawdzie w naszych stósunkach wschodnich, podobnie oryginalny przykład, mieliśmy już przed dwoma laty w El-Tor, gdzie dla zadecydowania o egzystencyi cholery w pośród pielgrzymów, dyrektor służby zdrowia Francuz, odwołał się do znajomości wędrownego specyalisty Niemca! Lecz coś podobnego zaszło w obozowisku sanitarnem, pozbawionem środków naukowego badania, wtedy, gdy w takiej Smyrnie wcale na nich nie zbywa. Tam wszakże cały czas bywa pochłonięty przez praktykę i uganianie się za chorymi, tam dla wypoczynku lekarz zasiada w aptece, by smagać teoryę Kocha lub drwić z poszukiwań Brown-Séquarda i wywodów Pettenkofera, tam, rzecz prosta, nie dba się o to, by mozolną i wytrwałą pracą zyskać sobie tytuł naukowy, wyróżniający jednostkę od mrowiego ogółu kolegów a i pozwalający w wyjątkowych okolicznościach na oddanie ludzkości poważnej usługi. Lecz i w tym razie, szczególne zdarzenie podało sposób do wyjścia z kłopotu, Bo oto do lazaretu w *Clazomene* przybył w powrocie z Dżeddy Dr. Karliński, dla odbycia tu razem z pielgrzymami Bośniakami, przepisanej regulaminem obserwacyi sanitarnej. Po opuszczeniu lazaretu, szanowny nasz ziomek miał otrzymać zaproszenie wykonania poszukiwań bakteryologicznych, na nowych oczywiście ofiarach owej podejrzanej *gastro-enteritis.* Od opinii więc, jaka zostanie wydaną ze strony specyalnej, zależeć będzie uznanie sytuacyi zdrowotnej w Smyrnie, za groźną i wymagającą obostrzenia środków ostrożności, lub też powrotu do zwykłej profilaktyki. Na to czekają, tak dobrze cały tutejszy zatrwożony ogół, jak również i najwyższe sfery stołeczne, z góry ufające w pomyślny rezultat badań uczonego Polaka.

Pozostaje mi jeszcze rozpatrzyć sytuacyę zdrowotną w odleglejszych prowincyach obszernych posiadłości ottomańskich w Azyi, by z szeregu zanotowanych szczegółów wysnuć wniosek, czy i jak wielkie niebezpieczeństwo zagraża nam z tej tam strony. Wiemy już o strasznem zniszczeniu, jakie cholera sprowadziła w tym roku w pośród pielgrzymów muzułmańskich, przybyłych do Mekki i jak mało przyczyniła się do ich zabezpieczenia profilaktyka, odbyta w lazarecie na wyspie Cameranie. Urzędowe wykazy podają cyfrę 8760 zejść w czasie bardzo stósunkowo krótkiego pobytu pielgrzymów w świętych miastach Islamu! Ilość tę jednak śmiało można podwoić i wtedy dopiero spowodowane straty zbliżą się do prawdopodobieństwa.

Uważając zaś za zbyteczne ponowne cytowanie szeregu środków ostrożności sanitarnych, stósowanych na morzu Czerwonem, w Suezie, El-Tor, w Port-Said, środków wzmocnionych w tym roku i decyzyami narady drezdeńskiej, zwrócę się ku wybrzeżu syryjskiemu, mianowicie na południe wielkorządztwa Beyrutu, gdzie w pośród mieszkańców doliny Mardżejum jeszcze w lutym b. r. zauważono szczególny stan chorobowy podobny do choleryny, który sprowadził 17 przypadków zakończonych niepomyślnie. Łagodna ta stósunkowo epidemia, nierozwlekła się na dalsze obszary z wyjątkiem miasta Okka, gdzie również zauważono cztery jej przypadki. Niemniej jednak powstałe tu ognisko nakazuje zwracanie pilnej uwagi i na tę okolicę, która przez swe rozległe stósunki tak morzem jak i drogą karawan, również może wykazać groźniejszy rozwój chorób zakaźnych, tem zaś bardziej, gdy ogólna higiena, warunki klimatyczne i chwiejny stan zdrowotny, pozostają tam w stanie tradycyjnego niedbalstwa. (C. d. n.)

V. Prof. J. M. CHARCOT.

* 1825 † 1893.

Niepopełnimy przesady, jeśli powiemy, że zgon Prof. Charcota wyrządził olbrzymią klęskę nietylko narodowi francuskiemu i jego nauce, lecz że ludzkość cała poniosła niepowetowaną stratę, którą odczują wszyscy ludzie myślący.

Na cmentarzysku paryskiem jest spiżowy nagrobek, na którym, jakby cięciami pałasza, widnieje wysiekane nazwisko Ney: niewymieniono godności zmarłego, niepodano jego zasług, bo byłżeby taki Francuz, któryby nie wiedział o męstwie, geniuszu, zwycięstwach bohaterskiego marszałka Neya? Niemniej, mniemamy, byłoby zbyteczną i niewłaściwą rzeczą pouczać w czasopiśmie lekarskiem, kim był świeżo zmarły nieodżałowany Prof. Charcot, skoro nieznajdzie się niezawodnie taki lekarz, któryby od wielu lat niekorzystał z prac i wynalazków głośnego w całym świecie dyrektora Salpêtrière, nieodwoływał się do jego powagi w codziennych zabiegach swego zawodu? By godnie odpowiedzieć zadaniu czasopisma lekarskiego i dostojnie uczcić pamięć tej miary, jak Charcot, uczonego, istnieje jeden odpowiedni sposób: roztoczenia przed czytelnikiem perspektywy jego płodnej twórczości, którą zmarły profesor dźwignął sobie pomnik nad spiż trwalszy, nad wszelkie krasomówstwo — wymowniejszy.

Jan Marcin Charcot urodził się 1825 r. w Paryżu i w mieście rodzinnem odbył nauki gimnazyalne i uniwersyteckie. Jak niegdyś syn masarza, Trousseau, syn kowala i sam czeladnik kowalski, Velpeau, Charcot pochodził także z rodziny rękodzielniczej i lata szkolne przebywał w walce o chleb powszedni. Niepospolite zdolności młodzieńca wcześnie zwróciły na niego uwagę przełożonych, i młody wyzwoleniec już w r. 1848 otrzymał posadę *interne des hôpitaux,* w pięć lat później bronił publicznie rozprawy na stopień doktora medycyny, a w r. 1856 mianowany został lekarzem *du Bureau central.* Drogą konkursu w r. 1860 otrzymał zaszczytne stanowisko profesora nadzwyczajnego (agregé); w 2 lata później został mianowany lekarzem kierującym w Salpêtrière i posadę tę do końca życia zatrzymał. Zakład Salpêtrière, przez swój różnorodny a tak obfity i zajmujący materyał naukowy był niewyczerpaną

kopalnią dla umysłu tak pożądliwego, tak twórczego; Charcot od pierwszego dnia rozpoczął wraz z Vulpianem naukową obserwacyę wszystkich chorych a z pracy tej ułożyło się głośne na cały świat dzieło: *Archives médicales de la Salpêtrière*. Dopiero w r. 1866 rozpoczął zmarły swe wykłady w Salpêtrière a prelekcye te spisane i drukiem ogłoszone, stanowią znakomite monografie: *Hémorrhagie du cerveau, Ramolissement du cerveau, Paralysie agitante, Sclérose en plaques* i t. d. W wykładach tych spotkał się świat lekarski z wielu nowemi poglądami a chwała rozróżnienia *paralysie agitante* od *sclérose en plaques* należy się Charcotowi. W r. 1869 miał głośny w owym czasie wykład: „O wartości mierzenia ścisłego ciepłoty chorych w celach klinicznych“ i jemu przypada zasługa wprowadzenia we Francyi ciepłomierza przy łóżku chorego. W tymże 1869 r. opisał Charcot przeoczane do tej pory zboczenie przy wiądzie rdzenia pacierzowego, pod tytułem: *Les arthropathies des ataxiques* i przedsięwziął wraz z Vulpianem i Brown-Séquardem wydawnictwo czasopisma: *Les archives de physiologie*.

Zasłużony rozgłos i sława Charcota przekroczyły wszystkie granice Francyi a zwłaszcza Renu: sala wykładowa, przepełniona cudzoziemcami, nie mieściła wszystkich słuchaczy. Na r. 1870 przypadają głośne na cały świat wykłady: *Sur les troubles trophiques consecutifs aux maladies du cerveau et de la moelle épinière*: zdawało się, że dawna światowa sława lekarskiej szkoły paryskiej znowu unosiła się nad staremi murami, lecz wojna z Niemcami przerwała świetne widoki na czas jakiś.

W r. 1872 Wydział lekarski w Paryżu powołał Charcota na katedrę anatomii patologicznej, którą z taką chlubą i korzyścią dla nauki zajmował zmarły Profesor do r. 1881. Na ten okres przypadają głośne wykłady, ogłoszone drukiem: *Leçons sur les maladies du poumon, du foie, des reins; sur les conditions pathogéniques de l'albuminurie; sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle épinière* itd. Dzieła te wprawiły w zdumienie lekarzy całego świata, tyle w nich złożył Charcot dowodów swego niepospolitego a tak nadzwyczajnie różnorodnego umysłu, tyle twórczej, genialnej wiedzy i pracy. Obok nauczania na katedrze Anatomii patologicznej wykładał on jednocześnie w Salpêtrière, uczęszczał na wszystkie posiedzenia Akademii medycznej, przewodniczył na posiedzeniach Towarzystwa anatomicznego, zasilał niemal wszystkie inne Towarzystwa lekarskie. Z wykładów w Salpêtrière, ogłoszonych drukiem, na ten czas przypadają: *Leçons sur les anomalies de l'ataxie locomotrice; sur la compression lente de la moelle épinière, sur les amyotrophies spinales, sur les paraplegies urinaires, sur la hémichorée postparaplégique, sur l'épilepsie partielle d'origine syphilitique, sur le tabes dorsal spasmodique, sur l'athétose* i t. d. W tymże czasie potężnie przyczynia się do założenia tygodnika: *Le Progrès médical*, początkuje w powstaniu miesięcznika: *Revue mensuelle de médécine et de Chirurgie* (1877), a wreszcie w r. 1880 rozpoczyna wydawnictwo czasopisma: *Archives de neurologie*. Wśród tych zdumiewająco różnorodnych zajęć powziął Charcot myśl przejrzenia i przerobienia doświadczeń Burqa, odnoszących się do metaloskopii i metaloterapii: pod światłem jego twórczego umysłu powstały nowe poglądy, wystąpiły nieznane do tej pory zjawiska, jak np. wpływ metaloskopii na barwoślep, znieczulenie metaliczne, przenośność (transfert) czucia i t. d. Spostrzeżenia te w dalszym ciągu stały się punktem wyjścia badań nad wpływem magnesu, elektro-magnesu, prądu stałego, drżenia ciał brzmiących na organizm ludzki.

Już w r. 1878 rozpoczął Charcot swoje badania nad hipnotyzmem: tylko człowiek tej powagi w nauce, jaką się cieszył zasłużenie Charcot, mógł publicznie podnieść zdyskredytowaną sprawę poddawania, bez narażenia siebie, co najmniej na ośmieszenie. Lecz zmarły profesor zachował przedmiotowość i w traktowaniu hipnotyzmu; wskazując uczniom, w jakim kierunku badać należy, powiedział Charcot: nie należy ulegać pokusie i badać w nieuzasadnionem wyczekiwaniu czegoś niezwykłego, nadprzyrodzonego; stokroć będzie rozsądniej i pożyteczniej poprzestać na razie na pochwyceniu objawów klinicznych, cech fizyologicznych i stanów nerwowych, które sprowadza hipnotyzm; należy obecnie ograniczyć się na poznaniu faktów najpospolitszych, najstalszych, najłatwiej dających się wywołać, pozostawiając objawy złożone na czas późniejszy“. Niezachowaniu tej rozsądnej ostrożności, lekkomyślnemu pospiechowi w wnioskowaniu przypisuje Charcot, że dotychczasowe badania nad tą nerwicą doświadczalną, jak nazywa hipnotyzm, nietylko nie wyświeciły mnóstwa objawów patologicznych, fizyologicznych a nawet psychologicznych, tylko w stanie hipnotycznym występujących, lecz całą poważną, naukową sprawę zgmatwały i ośmieszyły. Ściśle naukowa metoda badania stanu hipnotycznego dała pochop licznym uczonym do prac w tym względzie i była przyczyną obfitej literatury tego przedmiotu na czele której stoi praca samego Charcota: *Contribution à l'étude de l'hypnotisme chez les hysteriques*.

Po 16 latach badań i głośnych w całym świecie wykładów z dziedziny patologii nerwów, w r. 1882 dopełnił rząd francuski względem Charcota aktu sprawiedliwości i urzędowego uznania, ustanawiając wyłącznie dla jego osoby nieistniejącą do tej pory w Paryżu kliniczną katedrę dla chorób układu nerwowego. Na ten okres działalności Charcota przypadają następujące prace: *Sur l'aphasie au point de vue de la clinique et de la psychologie physiologique, Sur l'hystero-traumatisme, Sur l'Epilepsie, Sur la cécite verbale, Sur l'hysterie chez l'homme* etc. Obok powyżej wymienionych monografij, w latach 1887—1880 zostały ogłoszone drukiem dwa obszerne tomy pod tytułem: *Leçons du mardi*, oraz dwa tomy *Clinique des maladies du système nerveux* wydane w ciągu lat 1889—1891. Monografij umieszczonych w różnych dziennikach paryskich naliczyliśmy 16 w r. 1892 i 6 w r. 1893.

Do dnia dzisiejszego ogłoszono drukiem prac Charcota tomów 9; cały dorobek literacki wyniesie tomów 15. Żaden z autorów lekarzy niedoczekał się tylu, co on, tłómaczeń niemal na wszystkie europejskie języki.

Umysł Charcota pozbawiony był wyłączności cechy rasowej, łączył on przenikliwość i natchnienie galickie z metodą ściśle naukową, doświadczalną Anglo-saksonów, których piśmiennictwo znał. Nawet tak podatny dla metafizyki grunt, jak patologia mózgu i nerwów, a niemniej i sprawa hipnotyzmu nie skusiły go do wypowiedzenia nieuzasadnionych, aczkolwiek wielce prawdopodobnych przypuszczeń. Co wygłosił na katedrze lub ogłosił drukiem, natychmiast poparł dowodami; i tu się kryje tajemnica trwałości jego twórczego dorobku naukowego.

Jak każdy wyższy umysł, Charcot niezasklepił się w ścisłem kole zawodowej wiedzy i pracy: jakby w przeciwieństwie do utartego zdania o zmateryalizowaniu ducha badaczów przyrody, Charcot był idealnym wielbicielem sztuk pięknych i wyborny znawca pędzla tak starożytnych jak i nowoczesnych mistrzów, zadziwiał on fachowych ludzi głębokością i trafnością sądu o arcydziełach malarstwa; kilka jego prac własnych zdobi obie rezydencye: letnią i paryską. Lubownik muzyki, nie rozkoszował się jednak w nowoczesnem jej kierunku, przekładając nadeń wzniosłą harmonię Beethowena, Webera i innych; niemniej obojętną mu była nowoczesna literatura piękna a z lubością wracał do wielokrotnie czytywanych arcydzieł Sheakspeara, Dantego, Rabelaisa, z których całe ustępy deklamował.

Wykład ś. p. prof. Charcota był jasny, porywający, styl wytworny; powierzchowności był okazałej, o rysach niepospolitych, przypominających Napoleona I; wzrok miał dziwnie przenikliwy i rozumny, którym również przypominał wielkiego więźnia z wyspy św. Heleny.

Charcot należał do tych wybranych istot, które, jak drogoskazy zrzadka tylko pojawiają się na rozstajnych szlakach ludzkości, w jej dążeniu do zaczarowanego celu: światła i prawdy; nauka grzebie w nim najtrwalszy filar, na którym spoczywał gmach nowoczesnej wiedzy. Szczery, głęboki żal na obu półkulach po stracie tak zwycięskiego szermierza wiedzy, najwyższy kult dla dzieł jego nieśmier-

telnego geniuszu, to najgodniejszy pomnik, którym żałobna i wdzięczna ludzkość uczci pamięć C h a r c o t a.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Wiadomości bieżące.

— Profesor nadzwyczajny, Dr. Władysław Antoni G l u z i ń s k i, mianowany profesorem zwyczajnym patologii ogólnej i doświadczalnej w uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie.

— Ziomek nasz, Dr. Babiński w Paryżu, znany ze swych prac naukowych w dziedzinie chorób nerwowych, otrzymał order Legii honorowej.

— Skargi pacyentów, przebywających w naszych zdrojowiskach krajowych, są głównie trojakie: drogość mieszkań, złe pożywienie, niebezpieczeństwo od chorób zakaźnych.

Przejdźmy je po kolei.

Co do mieszkań, to pacyenci nasi lubią w tej mierze powoływać się na zdrojowiska zagraniczne i przytaczają, iż tam mieszka się i taniej i bez porównania lepiej i wygodniej; trzeba przyznać, że mają zupełnie racyą. Jeżeli się jednak zważy, iż stopa procentowa jest u nas mimo ciągłego obniżania się przecież wyższa, niż za granicą, iż u nas sezon kuracyjny pełny trwa naprawdę tylko $1\frac{1}{2}$ miesiąca, t. j. od 1. lipca do 15. sierpnia, że maj i wrzesień wcale prawie w rachubę nie wchodzą, iż przeto dochód sześciotygodniowy musi pokryć za cały rok procent i amortyzacyą od kapitału, to się przyjdzie do przekonania, że przez to mieszkania muszą być w naszych zdrojowiskach koniecznie droższe, niż zagranicą, gdzie nawet w zdrojowiskach średnio uczęszczanych sezon kuracyjny trwa przez $3\frac{1}{2}$ do 4 miesięcy. Nie można jednak zapominać, iż tę drogość pomieszkań w naszych zdrojowiskach równoważą w znacznej części o wiele mniejsze koszta podróży, które dla zdrojowisk odleglejszych bynajmniej nie są małe. Dalej trzeba sobie otwarcie powiedzieć, iż pewna część publiczności kąpielowej u nas nie umie tak szanować cudzej własności, jak to bywa zagranicą. To zraża właścicieli, którzy chcąc się uchronić od straty albo mieszkań z komfortem nie urządzają albo urządziwszy je muszą w czynszu uwzględniać niszczenie.

Co się tyczy pożywienia, skargi są w znacznej części uzasadnione, lubo i tu od kilku lat postęp widoczny, bo można wymienić niejedno nasze zdrojowisko, w którem można dostać smacznego i zdrowego pożywienia. Te złe restauracye pochodzą częścią z tradycyjnego u nas lekceważenia swych obowiązków, częścią z niemożności dostania na miejscu dobrego mięsa i dobrych jarzyn. Pierwszemu mogą właściciele zdrojowisk zaradzić starannością w wyborze restauratorów i niewymaganiem od nich zbyt wielkiego czynszu, drugiemu przez uregulowanie dostawy mięsa i jarzyn z miast dużych, do czego niewątpliwie przyczynią się życzliwe dla kraju dyrekcye kolei rządowych. Zdaje nam się, iż w tej mierze powinny porozumieć się razem we własnym interesie zdrojowiska nasze i wspólne poczynić kroki u kolei żelaznych.

Najważniejszym wszakże jest punkt trzeci, t. j. ochrona od chorob zakaźnych. Nie wymaga się i wymagać nie można, by w zdrojowiskach nie pojawił się nigdy żaden przypadek choroby zakaźnej, ale ma się prawo żądać, by zdrojowisko miało te urządzenia sanitarne, jakie są konieczne do ochrony od zanieczyszczenia gruntu, wody i powietrza odpadkami gospodarczemi i materyami kloacznemi, bo to najpewniejsze środki bezpieczeństwa od chorób zakaźnych. Tymczasem w wielu naszych zdrojowiskach brak jest dobrej wody słodkiej, brak kanalizacyi i w ogólności urządzeń odpowiednich do oddalania materyj kloacznych; ztąd zanieczyszczenie gruntu i wody studziennej, i co za tem idzie, niebezpieczeństwo od chorób zakaźnych coraz większe. Pojmujemy to bardzo dobrze, że wodociągi i jaka taka kanalizacya lub nawet dobry system dołów kloacznych są rzeczami bardzo kosztownemi, ale mimo tego nie możemy odstąpić od domagania się ich dla naszych zdrojowisk, bo są one konieczne dla bezpieczeństwa naszych pacyentów, którzy już nieraz, jakeśmy tego mieli smutne przykłady, dostawali w zdrojowiskach chorób zakaźnych a nawet im ulegali! Byleby była wola po temu i należyte zrozumienie dobra publicznego i złączonego z niem interesu własnego, znajdą się środki materyalne do tych koniecznych reform sanitarnych tem bardziej, iż spłatę wydatków możnaby rozłożyć na cały szereg lat.

— W dniu 11. sierpnia r. b., jako w 200. rocznicę przyjścia na świat Jakóba Daviela, wynalazcy ekstrakcyi zaćmy, odsłonięto w Hôtel Dieu w Marsylii, gdzie Daviel po raz pierwszy dokonał tej operacyi, biust tego sławnego oftalmologa sprawiony kosztem Towarzystwa medyczno-chirurgicznego tamtejszych lekarzy szpitalnych.

— Towarzystwo lekarskie w Filadelfii (*College of Physicians*) rozpisuje konkurs z nagrodą 500 dolarów za najlepszą pracę: O ś m i e r t e l n o ś c i d z i e c i p o d c z a s p o r o d u i s p o s o b a c h j e j z a p o b i e g a n i a.

Prace ubiegające się o tę nagrodę, napisane w języku angielskim lub przynajmniej zaopatrzone w tłómaczenie angielskie, należy nadsyłać do 1. stycznia 1895 do Dra Horacego Y. Evansa w Filadelfii.

— Przygotowania do 8-go międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego odbyć się mającego we wrześniu roku przyszłego w Budapeszcie postępują naprzód bardzo energicznie. Sekcyj higienicznych będzie trzynaście a demograficznych siedm. W połączeniu z kongresem odbędzie się wystawa higieniczna, która będzie nietylko przemysłową, ale zarazem służyć ma do objaśnienia wykładów na kongresie odbyć się mających. Szczegółowy program tej wystawy ma być ogłoszony jeszcze w bieżącym miesiącu. Po kongresie proponowanych jest kilka wycieczek, między innemi do Bramy Żelaznej na Dunaju i do Konstantynopola.

— **Cholera.** Niewiele mamy o niej teraz do nadmienienia; z wyjątkiem trzech państw skandynawskich i teraz jeszcze od niej zupełnie wolnych, niema, zdaje się, żadnego państwa w Europie cholerą nie nawiedzonego. Na wschodzie Europy występuje epidemia gwałtowniej, niż w środku i na zachodzie. W Galicyi zajętych jest coraz więcej powiatów, ale mimo tego zdaje się, iż przypadków jest już mniej. W Krakowie po przerwie $6\frac{1}{2}$ dniowej zachorowały w tej samej rodzinie izraelickiej, z której pochodzili dwaj ostatni chorzy, obecnie zupełnie zdrowi, w dniu 9. b. m. dwie a w dniu 10. b. m. drugie dwie osoby, i wszystkie już umarły, wszystkie w tym samym domu przy Miedzuchu na Kazimierzu, w którym pojawił się pierwszy przypadek. Ma się więc do czynienia z epidemią domową, ściśle do jednego domu i sąsiedniego, z nim jednakowoż jedną całość tworzącego, ograniczoną. Uderza, iż te cztery ostatnie przypadki cholery pojawiły się w $6\frac{1}{2}$ dnia po ostatnim, w domu poddanym jak najściślejszej desinfekcyi i w rodzinie przewiezionej do innego już domu, która dopiero po przebyciu w nim przeszło 5 dni przeprowadziła się napowrót do dawnego mieszkania. Zresztą w całem mieście stan zdrowia publicznego pomyślny a ludność spokojna nie zajmuje się całą tą sprawą.

— Na wzór angielskiego: c z a s t o p i e n i ą d z, uważa lekarz amerykański Dr. Farr, że człowiek to także pieniądz, i tak oblicza jego wartość: noworodek w rodzinie robotniczej wart jest 25 dolarów, chłopiec mający 10 lat reprezentuje kapitał 50 dolarów, młodzieniec zdolny do pracy wart jest 800 dolarów; największa wartość człowieka jest w 22. roku życia i równa się 1200 dolarom. Wartość ta utrzymuje się mniej więcej jakiś czas a potem powoli maleje w miarę lat tak, iż w 50. roku życia człowiek nie wart więcej nad 600 dolarów. W 70. roku życia człowiek wart ledwo 5 dolarów; poza tym rokiem nie tylko nic nie wart, ale nawet reprezentuje oczywistą stratę.

Według tego, pisze dowcipnie pewien Francuz, dzicy zabijający starców w 70. roku życia są wielkimi ekonomistami, ale czemże są dopiero ci, którzy zabitych jeszcze zjadają?

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych:

1) w Obertynie z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże 200 złr.;

2) w Czernelicy z płacą 500 złr. i ryczałtem na podróże 258 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem,

2) dyplomem doktora medycyny,

3) świadectwem moralności,

4) świadectwem zdrowia,

5) znajomością języków krajowych,

6) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim, a po otrzymaniu posady stósować się winni do Instrukcyi z 31. grudnia 1891 Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Termin wniesienia podań oznacza się do 20. września 1893 r. 124—3—2

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 23. Września 1893. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Péres.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Péres, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O znaczeniu zmian istoty kitowej beleczków mięsnych serca.

Podał

Prof. Browicz.

Sprawie rozklejania się istoty kitowej beleczków mięsnych serca, którą w roku 1877 Renaut[1]) opisał, nie przyznano dotąd należytego znaczenia, na sprawę tę wprawdzie dopiero w ostatnich latach zwrócili patologowie większą uwagę. Wzmianki, jakie o tej zmianie spotykamy w najnowszej literaturze, jak n. p. w zarysie histologii patologicznej Weichselbauma, w ostatniem wydaniu podręcznika anatomii patologicznej Zieglera, są tak niedokładne i niejasne, iż mimo woli nasuwają się wątpliwości, ażali zmiana ta przedstawia w rzeczywistości tak ważne i groźne znaczenie, które jej niektórzy przypisują i które zdaniem mojem, wypowiedzianem w rozprawie: O zachowaniu się istoty kitowej beleczków mięsnych w stanach chorobowych, ogłoszonej w roku 1889 w *Przeglądzie lekarskim* (jakoteż w *Wien. klin. Wochschr.* Nr. 50. 1889) ona rzeczywiście posiada.

Romberg w swej pracy: O stanach chorobowych mięśnia sercowego w durze brzusznym, płonicy i błonicy, umieszczonej w zbiorze prac z kliniki Curschmanna w Lipsku z r. 1893, str. 109, oparty na zdaniu Recklinghausena i wrzekomo Zenkera, wypowiedzianych na X. zjeździe międzynarodowym w Berlinie w r. 1890, iż zmiana ta powstaje dopiero w porze konania, odmawia jej wprost szczególniejszego znaczenia.

Przeciwko ogólnemu podówczas mniemaniu, iż zmiany, jakie spostrzega się wśród istoty kitowej, począwszy od uwydatniania się jej aż do zupełnego rozklejenia się, rozchodzenia się komórek mięsnych w skład beleczków wchodzących, są następstwem zmian pośmiertnych, trupich, wystąpiłem w powyż wymienionej pracy i dzisiaj uznano[1]), iż zmiany te ze zmianami pośmiertnemi nie mają nic wspólnego i istnieją już za życia. Sporną jest jednak kwestya,

[1]) Uwaga Recklinghausena (Rozprawy X. zjazdu międzynarodowego 1890, t. III., 3. część, str. 702), iż Rindfleisch jeszcze w r. 1870 zmianę tę opisał, jakoteż twierdzenie Romberga (O zmianach mięśnia sercowego w durze brzusznym, płonicy i błonicy. Zbiór prac z kliniki Curschmanna w Lipsku. 1893, str. 102), iż Zenker pierwszy na tę zmianę zwrócił uwagę, którą w 13 lat później miał na nowo Renaut odkryć, skłania mnie do przytoczenia krótkiego rysu historycznego o tejże zmianie. W pracy swej o zmianach narządów w durze brzusznym, Lipsk 1869, wspomina wprawdzie Zenker, iż widział liczne, mikroskopowe, poprzeczne pęknięcia włókien mięsnych serca, toż samo przytacza Rindfleisch w swym podręczniku histologii patologicznej z r. 1870, str. 202, iż w jednym przypadku po zapaleniu włóknikowem płuc znalazł obok ostrego zwyrodnienia mięśnia sercowego włókna a raczej beleczki mięsne przez poprzeczne pęknięcia na krótkie, czworoboczne kawałki rozpadłej. Obaj jednak ci autorowie sami nie ocenili ważności tego stanu, co już z tego wynika, że aż do ostatnich czasów zmianę tę za pośmiertną, trupią, nie mającą żadnego znaczenia patologicznego, uważano powszechnie. Dopiero w r. 1877 zwrócił Renaut uwagę na tę groźną zmianę, co też wielu autorów francuskich przyjęło. Pierwszą pracą, jaka w tej kwestyi w niemieckim języku się ukazała, była moja rozprawa, ogłoszona w *Wien. klin. Woch.* z r. 1889. W lutym 1890 pojawiła się druga praca Renauta a dopiero potem, w sierpniu 1890. na zjeździe międzynarodowym podali Recklinghausen i Zenker swoje w tej mierze spostrzeżenia. Dokładne daty co do literatury w tej kwestyi zawiera praca Tedeschiego w Arch. Virchowa, t. 128, 1892.

[1]) Zarzuty Knolla (Rozprawy X. zjazdu l. c. str. 87), iż nietylko mechaniczne, ale także i chemiczne wpływy na mięsień jeszcze pośmiertnie niestężały działające, stan do fragmentacyi podobny wywołać mogą; Marchanda (l. c. str. 89), iż granice odłamków fragmentacyjnych niekoniecznie odpowiadać muszą granicom komórek mięsnych, lecz może nieregularnym liniom kontrakcyjnym, w obrębie których rozdzielanie powstaje, jak to Wagener przypuszcza, jakoteż uwagę Israela (*Practicum* histologii patologicznej. 1893, str. 318), iż nie jest jeszcze pewnem, ażali rozdzielanie się to tylko w obrębie istoty kitowej albo może także w obrębie samej komórki mięsnej powstać może, musi każdy, ktokolwiek tą kwestyą dokładniej się zajmował i studyował przypadki właściwej, niepowikłanej fragmentacyi, uznać jako nieuzasadnione.

czy zmiany owe powstają dopiero w porze konania, czy też istnieją czas dłuższy, powstają, rozwijają się wśród pełnego życia.

Zdanie Recklinghausena wypowiedziane na X. zjeździe międzynarodowym lekarskim, głównie zaważyło na szali w ocenieniu ważności tej zmiany. Recklinghausen (Rozprawy X. zjazdu, t. III, część 3, str. 73) uważa ją na podstawie mikroskopowego stosunku jako wyraz nadmiernego zadraźnienia mięśnia sercowego, nieprawidłowego kurczenia się istoty komórek mięsnych, która bezpośrednio przechodzi w stan stężenia pośmiertnego, i zgruchotania struktury mięśnia, wskutek czego stalsze części składowe beleczków mięsnych przez oddzielenie się wodnistej sarkoplazmy zagęszczają się i stają szklistemi. Drugim powodem, który skłania Recklinghausena do łączenia rozklejania się beleczków mięsnych z tężcowymi niejako skurczami podczas konania i ze stanami przedraźnienia jest ta okoliczność, iż spotykał on fragmentacyą bardzo często w przypadkach nagłej śmierci wogóle jakoteż u osób gwałtowną śmiercią zmarłych. Recklinghausen nie uznaje szczegółów dotąd podawanych za wystarczające do uznania fragmentacyi, jako stanu chorobowego samoistnego, istotnego. Dochodzi on do przekonania, iż stan ten mięśnia sercowego nie powstaje wprawdzie po śmierci, lecz podczas konania i że powstawanie stanu tego przed konaniem, wśród pełnego życia, nie jest jeszcze udowodnione, tylko hipotetyczne.

Zenker zaś w swym koreferacie (l. c. str. 76) powiada: „Właściwie samo przez się się rozumie, iż stan fragmentacyi wśród pełnego życia istnieć nie może, jakżeby człowiek, w którego sercu jest rozdarte każde prawie włókno mięsne, mógł żyć chociażby przez jednę godzinę? Mimo to jednak zmiana ta nie traci znaczenia patologicznego. Pewna bowiem, iż serce, którego włókna w czasie agonii rozpadają się na części składowe, już wśród pełnego życia musiało być zmienione w swych własnościach fizyczno chemicznych. Stan fragmentacyi stanowi szczegół anatomiczny, który osłabienie mięśnia sercowego jakoteż śmierć wskutek porażenia serca tłómaczyć może“. Słusznie też odrzuca Zenker nazwę *myocardite segmentaire*, gdyż fragmentacya nie ma nic wspólnego ze sprawą zapalną.

W dyskusyi, która się nad tym tematem na kongresie wywiązała, oświadczyłem (l. c. str. 86) na podstawie obfitego badanego materyału, iż nie rozchodzenie się komórek mięsnych, rozklejenie się beleczków, które niewątpliwie dopiero w ostatnich chwilach życia na większym obszarze mięśnia sercowego powstaje, tworzy główną cechę tej zmiany chorobowej serca; chodzi tu bowiem przedewszystkiem o stan patologiczny istoty kitowej, który objawia się uwydatnieniem się tejże istoty, który to stan patologiczny przedstawia systematycznie rzecz badając s t o p n i o w e różnice.

W takiem pojęciu znaczenia tej zmiany, które w rozprawie swojej, powyżej cytowanej w r. 1889, wypowiedziałem a które według przytoczonego ustępu Zenker podziela, tkwi jądro kwestyi spornej. W rozprawie tej powiedziałem: „Badając systematycznie mięsień sercowy wprost z trupa wzięty, czy to skrawki cieniutkie, nożyczkami wykonane, czy ze zamrożonego mięśnia cięte, widzieć można nierzadko istotę kitową bardzo wyraźną, jako smugę poprzeczną lub nieco do osi beleczka skośną tak, iż granice komórek beleczek mięsny tworzących, ściśle oznaczyć się dają. Istota ta kitowa w świeżym, wprost tylko w rozczynie soli kuchennej badanym mięśniu, n i e p r z e d s t a w i a j e d n a k i e g o z a w s z e w e j r z e n i a. Raz przedstawia się jako smuga wąska, jednolitego wejrzenia, drugi raz jako szeroki pas o wyraźnych obrysach, jak gdyby istota kitowa była napęczniała, innym znów razem jako szerokie pasmo o w y r a ź n y c h, b r z e ż n y c h, z k o m ó r k ą m i ę s n ą g r a n i c z ą c y c h o b r y s a c h w k s z t a ł c i e r ą b k a j a s n e g o, o s t r o o d g r a n i c z o n e g o, a p o m i ę d z y t e m i r ą b k a m i b r z e ż n y m i d o s t r z e d z m o ż n a i s t o t ę p r ę c i k o w a t e j b u d o w y, p r ę c i k i z a ś t e r ó w n o l e g l e d o o s i b e l e c z k a s ą u g r u p o w a n e“. W dołączonym podówczas wykazie statystycznym przypadków badanych zwróciłem uwagę n. p. w przypadku 6. na o g n i s k o w ą fragmentacyą, wyraźną, s z e r o k ą, p r ę c i k o w a t e j b u d o w y i s t o t ę k i t o w ą, albo w przypadku 33. b a r d z o w y r a ź n ą, c z ę ś c i ą, j a k b y n a p ę c z n i a ł ą, c z ę ś c i ą p r ę c i k o w a t e j b u d o w y i s t o t ę k i t o w ą. Na to niezwykłe a tak wyraźne wejrzenie istoty kitowej, które przy użytej metodzie badania (mięsień sercowy badałem wprost, na świeżo, bez użycia żadnych płynów stwardniających lub odczynników) nie mogło być sztucznie wywołane, nie zwrócili badacze późniejsi temat ten obrabiający uwagi. Że wejrzenie owo, które odtąd częściej spotykałem, jest wyrazem skomplikowanej budowy istoty kitowej, świadczą piękne badania Przewóskiego, których wynik przedłożył Przewoski w styczniu b. r. Tow. lekarskiemu w Warszawie a ogłosił w Gazecie lekarskiej w Nrze 24. Przewóski wykazał na cieniutkich skrawkach, ciętych z mięśnia sercowego stwardniałego i barwionych odpowiednio, głównie eozyną, że każda komórka mięsna serca kończy się z każdej strony warstwą ziaren, którą nazwał *stratum granulosum terminale*. W zwróconych do siebie końcach komórek *strata* leżą mniej więcej równolegle; od jednej zaś z tych warstw do drugiej rozciąga się cały szereg cienkich, nitkowatych, protoplazmatycznych wypustek. *Stratum granulosum terminale* składa się z całego szeregu ziaren, z których każde z jednej strony łączy się z pierwotnem włókienkiem mięsnem a z drugiej z wyrostkiem protoplazmatycznym, łączącym komórki pomiędzy sobą. Ziaren jest tyle, ile pierwotnych włókienek mięsnych i ile wyrostków protoplazmatycznych. Nitkowate wyrostki protoplazmatyczne, łączące sąsiednie komórki mięsne, przebiegają w kierunku osi pierwotnych włókienek mięsnych. Są one cieńsze, aniżeli pierwotne włókienka, jednolite, bez śladu prążkowania. Przestwory pomiędzy wyrostkami protoplazmatycznymi pozostają na preparatach niezabarwione i robią wrażenie pustych. Przewóski przypuszcza, iż wyrostki protoplazmatyczne należące do obu graniczących ze sobą komórek, spojone są małą ilością kitu. Wogóle upatrywać można pewną analogię ze znanem połączeniem komórek przyskórka, niektórych komórek przyblonka wielowarstwowego i gładkich włókien mięsnych.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych.

Napisał

Dr. A. Beck.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

I.

Resorpcya z jamy otrzewnowej.

Notkin[1]) zauważył, że substancye koloidowe zjawiają się z jamy brzusznej po upływie $3^1/_2$—4 godzin w moczu. Co do czasu zjawiania się ciałek krwi lub tuszu w limfie przewodu piersiowego, nie znajdujemy wzmianki w tymczasowem doniesieniu Notkina, po którem, o ile mi wiadomo, nie pojawiła się obszerniejsza praca w tym przedmiocie. W własnych doświadczeniach znalazłem czas ten rozmaitym, stósownie do ciała, które wprowadzono do jamy brzusznej. Pierwsze dwa doświadczenia, w których użyłem do tego celu skrobi, pouczyły mię, że ciało to nie nadaje się do tego rodzaju doświadczeń. Wprawdzie pojawiały się bardzo nieliczne ziarnka skrobi w 2—3 godzin po wstrzyknięciu, trudno było jednak z całą pewnością rozstrzygnąć, czy ziarnka te rzeczywiście pochodzą z jamy brzusznej, czy też nie dostały się do preparatu z powietrza, w którem ziarnka skrobi podczas doświadczeń z nią bez wątpienia unoszą się w wielkiej ilości. Rzecz naturalna, że używano wszelkich środków ostrożności (skrobię mięszano z wodą w innym pokoju pracowni, miejsce wstrzyknięcia dobrze obmywano, ranę na szyi starannie podczas wstrzykiwania zamykano i przykrywano), aby o ile możności uniknąć dostania się skrobi do limfy z powietrza. Być zresztą może, że nie udanie się tych doświadczeń przypisać trzeba tej okoliczności, że ziarnka skrobi, które dostały się do limfy, uległy tu dzięki działaniu dyastatycznemu przemianie w cukier i w ten sposób stały się niedostępnemi naszemu badaniu za pomocą jodu. Wszak w nowszych czasach Bial[1]) wykazał, że w surowicy krwi i limfy znajduje się w rzeczywistości zaczyn dyastatyczny, który zamienia skrobię wprost (bez przemiany w dekstrynę) w dekstrozę.

Wessanie krwi z jamy brzusznej rozpoczyna się stósunkowo dość rychło, odbywa się jednak zwolna tak, że ciałka czerwone pojawiają się w preparatach z limfy po jednem lub po kilka zaledwie. Resorpcya trwa też przez czas dłuższy a po zabiciu zwierzęcia, któremu n. p. 6 cm. sz. krwi gołębiej wstrzyknięto do jamy brzusznej, znalazłem w 5 godzin po wstrzyknięciu jeszcze dość znaczną ilość krwi w jamie brzusznej a limfa wypływająca przedtem z przewodu piersiowego okazywała zaledwo ślady zabarwienia krwawego. Pojawienie się pierwszych ciałek krwi, odbywa się zazwyczaj w ciągu drugiej godziny po wstrzyknięciu do worka otrzewnowego.

Przystąpimy obecnie do opisu drugiej seryi doświadczeń, której zadaniem było wyjaśnienie kwestyi, czy rzeczywiście ciała wprowadzone do jamy brzusznej przez wyżej opisane otwory (prawdziwe *stomata*) dostają się do naczyń limfatycznych i czy można wykazać je w układzie limfatycznym. Następnie miały doświadczenia te posłużyć do wykazania wprowadzonych ciał w obiegu krwi i w narządach. Przebieg doświadczeń był następujący:

Królikowi wstrzykiwałem jedno z wyliczonych wyżej ciał w zawiesinie wodnej lub olejnej do jamy brzusznej. Od czasu do czasu badałem kroplę krwi pod mikroskopem i po upływie pewnego czasu, różnego w różnych doświadczeniach i wynoszącego od 2 godzin do 4 dni, zabijałem zwierzę. Natychmiast po zabiciu otwierałem klatkę piersiową (jeszcze przed otwarciem jamy brzusznej, aby zapobiedz zetknięciu lub zanieczyszczeniu narządów klatki piersiowej ciałem do jamy brzusznej wprowadzonem), badałem osobno krew z prawego i lewego serca, jakoteż i wyciśniętą z płuc. Następnie wkładałem małe kawałeczki płuc w celu stwardnienia ich do alkoholu, kwasu chromowego albo płynu Fleminga. Potem otwierałem jamę brzuszną, trzewa usuwałem i po energicznem opłukaniu powierzchni przepony w celu uwolnienia jej od przylegającej do niej warstwy wstrzykniętych substancyj, posrebrzałem ją zwykłym sposobem, albo też wypreparowałem ją bez posrebrzania; w obu razach przemywałem dokładnie preparat przez 24 godzin. Oprócz tego przenosiłem drobne kawałeczki wątroby, nerki i śledziony po dokładnem wymyciu ich w wodzie płynącej na szkiełka przedmiotowe i roztarłszy je, przykrywałem szkiełkiem pokrywkowem i badałem na świeżo pod mikroskopem. Z narządów tych sporządzałem także po stwardnieniu w ustalającym płynie skrawki i preparaty stałe.

Co do wyników otrzymanych za pomocą tych doświadczeń, zwracam przedewszystkiem uwagę na okoliczność, że udało się wykazać obecność ciał do jamy brzusznej wstrzykniętych w wyżej opisanych, krótkich przewodach wysłanych śródblonkiem, które tworzą komunikacyę pomiędzy jamą otrzewnową a naczyniami limfatycznemi. W preparatach sporządzonych ze środka ścięgnistego po posrebrzeniu go za pomocą azotanu srebrowego, znajdywałem substancyę wstrzykniętą w otworach naczyń limfatycznych; szczególnie preparaty pochodzące z doświadczeń wykonanych z cynobrem dostarczyły nader pouczających obrazów. Ziarnka cynobru leżały wolno w otworach tak, jak gdyby miały wstąpić do naczyń limfatycznych, dokąd już inna ich część się dostała. Co się tyczy doświadczeń wykonanych z krwią, to udawało się po wstrzyknięciu jej do jamy brzusznej zaledwie nieznaczną ilość ciałek czerwonych odnaleść w otworach naczyń limfatycznych. Zdaniem mojem trzeba to przypisać z jednej strony tej okoliczności, że ciałka krwi jako twory gładkie, okrągłe i podatne, z łatwością przez *stomata* dostać się mogą do naczyń limfatycznych i z tego powodu w otworach tych się nie zatrzymują; z drugiej strony być może, że przez energiczne przemywanie preparatu, potrzebne po zadziałaniu azotanem srebrowym, woda ciałka krwi niszczy i wymywa.

Zato ciałka czerwone, które dostały się już raz do naczyń limfatycznych, były dobrze zachowane i można je było tam wykazać w znacznej liczbie. Żaden z autorów dotąd nie starał się wykazać wprowadzonych do jamy brzusznej substancyj w naczyniach limfatycznych przepony po zadziałaniu azotanem srebrowym. Uważam to jednak za rzecz konieczną, szczególnie w pewnych przypadkach, aby ciał tych szukać w naczyniach uwidocznionych przez posrebrzenie, albowiem tylko w ten sposób można nabrać pewności, że w mowie będące ciała, rzeczywiście znajdują się w świetle naczyń limfatycznych, że nie mamy do czynienia z złogami powierzchownemi. Oczywiście, jeżeli się już udało

[1]) l. c.

w ten sposób na pewno wykryć je w naczyniach limfatycznych, można się już obywać bez posrebrzania, co znowu jest szczególnie potrzebnem, jeżeli ciało wprowadzone do jamy brzusznej przedstawia ziarenka bezkształtne barwy czarnej (n. p. pył węglowy lub cynober w świetle przepuszczonem).

Co do obecności w naczyniach limfatycznych ciał wprowadzonych do jamy brzusznej, to zauważyć muszę, że w przeciwieństwie do innych autorów, nie spostrzegałem zazwyczaj mocnego wypełnienia naczyń limfatycznych. Po prawidłowej resorpcyi (jeżeli wogóle mówić nam wolno o resorpcyi ciał stałych, jako o czynności fizyologicznej) znajdywałem prawie zawsze ciała, które dostały się do naczyń limfatycznych, porozrzucane, w niejakiej od siebie odległości. Odpowiada to też wypadkom z wyżej opisanych doświadczeń o pojawianiu się substancyj wprowadzonych do jamy brzusznej w limfie przewodu piersiowego, jakoteż badań krwi, o których niżej będzie mowa. Nigdy nie widziałem limfy wypływającej z przewodu piersiowego, którąby obficie była zmięszaną z substancyą wstrzykniętą do jamy brzusznej, ani równie we krwi z wessanej substancyi nigdy większych ilości nie znalazłem, jakkolwiek badania krwi przedsiębrano w różnych porach i jakkolwiek po zabiciu zwierzęcia substancya ta złożoną była obficie w narządach.

Mocno wypełnionemi były naczynia limfatyczne tylko w niektórych razach, mianowicie po zastrzyknięciu skrobi lub sadzy zmięszanej z oliwą. Zdaje się, że substancye te zlepiając się zatykają naczynia limfatyczne i w ten sposób wywołują zastój, który prowadzi do mocniejszego wypełnienia naczyń.

Jakże wobec tego wytłómaczyć, że inni autorowie znajdywali zawsze w doświadczeniach swych naczynia limfatyczne przepony mocno wypełnione? Odpowiedź na to pytanie nie jest trudna, jeżeli się zważy, że autorowie ci swoje doświadczenia wykonywali przeważnie na wyciętych przeponach, gdzie za pomocą wykonywania ruchów ssących (wywoływania rozrzedzenia powietrza pod przeponą), substancyę odpowiednią wciskali do naczyń limfatycznych, gdy odpływ z naczyń limfatycznych był zniesiony przez to, że przeponę zawiązywali na cylinder lub lejek. Mogło to być przyczyną mocnego wypełnienia sieci naczyń limfatycznych, podobnie jak to się działo w moich doświadczeniach, w których posługiwałem się ciałem skłonnem do zatykania naczyń limfatycznych.

Resorpcya ciał stałych, jak z powyższych doświadczeń wypada, odbywa się nader powoli i substancye, które dostają się do sieci naczyń limfatycznych, tu nie zatrzymują się, lecz wchodzą do większych pni, gdzie zwolna znowu, ziarnko po ziarnku, z limfą wpadają do obiegu krwi.

Postępując dalej za substancyami, które weszły już do naczyń limfatycznych, zwrócić się musimy z natury rzeczy do badania krwi. Wydaje się rzeczą zupełnie jasną, że, gdy ciała wstrzyknięte do jamy otrzewnowej dostają się do naczyń limfatycznych, znajdziemy je także w układzie krwionośnym. A jednak — chcę to zaraz zaznaczyć — udaje się rzadko wykazać ich obecność we krwi. Brałem zazwyczaj u zwierzęcia, na którem robiłem doświadczenie, w różnych odstępach czasu stósownie do trwania doświadczenia po kropli krwi z ucha lub łapki i szukałem w niej skrzętnie pod mikroskopem ciała, które wstrzyknięto do jamy brzusznej. W wielu przypadkach nie mogłem, pomimo sporządzenia wielkiej liczby preparatów, znaleść śladu substancyi wprowadzonej do jamy otrzewnowej. Z wielkiego szeregu tego rodzaju doświadczeń, było zaledwie kilka, w których krew zawierała cynober lub pył węglowy, wprowadzone do jamy brzusznej w nieznacznej ilości.

Ponieważ z wszelką pewnością wykazać można, że ze substancyj wprowadzonych do jamy brzusznej znaczna część uległa wessaniu, jest rzeczą jasną, że szukać tych substancyj należy w narządach, dokąd zanosi je krążenie krwi i gdzie zostają złożone. W literaturze kwestyi nas tu obchodzącej nie znajdujemy wzmianki o tem, aby ktoś śledził substancye wstrzyknięte do jam surowiczych we krwi lub narządach, jakkolwiek wiadomo od dawna, że ciała nierozpuszczalne wprowadzone do krwi nagromadzają się w niektórych narządach, głównie w wątrobie, śledzionie, szpiku kostnym i nerkach.

Doświadczenia moje pod tym względem doprowadziły mnie do bardzo zadawalniających rezultatów. Jak już wyżej wspomniałem, badałem narządy dwukrotnie: najpierw na świeżo, aby się wogóle zoryentować, czy znajdują się w nich ciała wprowadzone do jamy brzusznej, następnie po stwardzeniu w płynie ustalającym i sporządzeniu skrawków, aby dokładnie zbadać miejsce, w którem substancye zostają złożone. O środkach ostrożności, których trzymano się w tych doświadczeniach, w celu uniknięcia błędów mogących pochodzić z zanieczyszczenia, wspomniałem również powyżej.

Pierwszą, że się tak wyrażę, stacyą, w której ciała dostające się z jamy brzusznej przez przewód piersiowy do układu żylnego zostają złożone, są **płuca**. Większe ziarenka, które nie mogą przecisnąć się przez naczynia włosowate płuc, muszą tu utkwić. To też w preparatach sporządzonych z płuca zwierząt, którym do jamy brzusznej wprowadzono cynober, karmin lub zarodniki z *ustilago maidis*, znajdywałem ciała te w naczyniach włosowatych, które też częściowo stawały się przez to niedrożnemi. Drobniejsze ziarenka cynobru lub karminu przechodzą całe koło małego krążenia i dostają się do lewej połowy serca, zkąd zostają rozprowadzone wraz z krwią tętnicy głównej przez wszystkie narządy i tkanki ciała. Zatrzymanie pewnej części wessanych substancyj w naczyniach włosowatych płuc jest przyczyną, że substancye te znaleść można we krwi prawego serca w znacznej ilości, gdy we krwi lewego serca lub naczyń dużego koła znajdują się tylko w małej liczbie, albo niema ich wcale. O tej okoliczności mogłem przekonać się w kilku doświadczeniach a szczególnie w doświadczeniach z zarodnikami *ustilago maidis*. Ciała te utkwiły po większej części w płucach i gdy krew z prawego serca wzięta zawierała mnóstwo zarodników, nie można ich było znaleść we krwi serca lewego. (Dok. nast.)

III. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jagiel. prof. Dra Madurowicza.

Przyczynek do cięcia łonowego (*symphyseotomia*).

Podał
Dr. M. Cercha,
I-szy asystent kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 37).

Od 8. do 19. marca stan ogólny i miejscowy znacznie lepszy. Ciepłota rano w tym czasie nie przekracza 37·3,

tętno najwięcej 100. Wieczorami wahała się ciepłota między 37·4 a 39·4, tętno pomiędzy 100 a 140. Apetyt lepszy, wejrzenie znacznie lepsze.

Stan miejscowy: Rana spojenia pokryta ziarniną obficie stanowi tylko zagłębienie dołkowate, od brzegów pokrywające się przyskórkiem. W samym środku zagłębienia otwór wielkości grochu, z którego wydziela się mocz w bardzo małej ilości; szpary między brzegami kości łonowych nie widać, tem mniej przetoki na przedniej ścianie pochwy. Podczas ruchów kończyn, tak biernych jak i czynnych, końce kości łonowych prawie nic się nie poruszają. Obrzęk sromu ustąpił. Międzykrocze zgojone. Badanie przez pochwę wykazuje, że wejście do niej mierne szerokie; na przedniej ścianie pochwy, więcej na prawo, blizna idąca aż do sklepienia. Część pochwowa z wrębem znacznym po stronie prawej, z którym łączy się owa blizna w pochwie; na przedniej ścianie pochwy nie ma przerwy ciągłości. Oglądając przedsionek widzimy, że co do barwy zmian nie przedstawia. Ujście cewki, przez które cewnik do pęcherza wchodzi, zdaje się być prawidłowe; obok ujścia cewki na lewo w przedsionku jest szczelina, przez którą wypływa mocz; szczelina ta idzie wzdłuż bocznej ściany pochwy do przewodu, przez który możemy dostać się aż do owego dołka nad spojeniem opisanego, ale na zewnątrz nie można wyprowadzić cewnika, bo pokrywa dołek ów błonka cieniutka, jakby z tkanki granulacyjnej wytworzona. Zgłębnik wprowadzony przez cewkę do pęcherza spotyka się z cewnikiem, wprowadzonym przez szczelinę bezpośrednio. Macica leży w kierunku prawidłowym i wielkość jej jest prawidłowa. Sklepienia nie przedstawiają nic nieprawidłowego.

Od 19. marca do 3. maja stan bezgorączkowy, odżywienie coraz lepsze, a co za tem idzie, i siły. Rana w spojeniu pod wpływem maści lapisowej zgojona zupełnie; chora próbuje od 17. kwietnia wstawać i chodzi, przyczem przekonać się można, że chód nie jest utrudniony a chora nie doznaje przy tem dolegliwości; jeżeli się ją bada w postawie stojącej, to czuć od tyłu spojenia jakby wał twardy a brzegi kości przy unoszeniu to jednej, to drugiej kończyny dolnej nie poruszają się. Chora bierze kąpiele i pije co dzień 180·0 gr. odwaru kory chinowej. Mocz ciągle, choć w mniejszej ilości wycieka ze szpary sromowej.

Dnia 13. maja dostała chora dreszczów i bólu w boku lewym w pasze; badanie wykazało obrzęk zimniczy śledziony świeży i lekkie zapalenie opłucny po stronie lewej w pasze. Stan ten pod wpływem dużych dawek salicylanu sodowego i chininy ustąpił w kilka dni.

Bez względu, jaki będzie dalszy los chorej, zawsze nie jest godzien zazdrości, bo chociażby przetokę w najlepszym razie zaszyć się udało, co w obec tego, że jest na przedniej ścianie, na znaczne napotyka trudności, to już to samo, że poród był w lutym a chora opuści zakład nie wcześniej, jak w lipcu, nie świadczy dobrze o operacyi, po której podobne powikłania mogą się wydarzyć.

Stan ogólny, jak na teraz, jest zadawalający; chora wygląda dobrze, apetyt ma dobry, z każdym dniem zyskuje na wadze, nie ma wreszcie, co jest bardzo ważną rzeczą, upośledzenia w chodzeniu, ani nie doznaje przy tem żadnych dolegliwości, ale jednak czuje się mimo tego wszystkiego nieszczęśliwą z powodu przetoki, która u osób nawet w starszym wieku jest kalectwem, a cóż dopiero u osoby młodej, która żyć musi z pracy rąk własnych. Przetoka ta czyni ją na razie do pracy zupełnie niezdolną. Przy badaniu zewnętrznem widać w miejscu spojenia łonowego na skórze bliznę gwiazdkowatą twardą, zrosłą z kością. Przy oglądaniu sromu widzimy, że ujście cewki moczowej jest nieco na lewo przesunięte; obok cewki po stronie prawej jest szczelina, na dnie której widać mały otwór otoczony ziarniną; z otworu tego wylewa się mocz. Cewka jest drożna a cewnik wchodzi w kierunku prawidłowym. Zgłębnik maciczny wprowadzony do szczeliny wchodzi przez otwór wysoko, jednak nie styka się z cewnikiem bezpośrednio; po zgłębniku spływa mocz. Na międzykroczu jest blizna. W pochwie mamy po stronie prawej, więcej od przodu, bliznę podłużną, idącą aż do sklepienia prawego, z nią zrosła jest część pochwowa od strony prawej. Część pochwowa do spojenia zbliżona. Dalsza część macicy w sklepieniu tylnem, nieco na lewo; macica nie powiększona da się podnieść, ale zaraz opada, bo blizna ciągnie część pochwową ku przodowi. Przerwy ciągłości w pochwie nie ma. W sklepieniach nie ma zresztą nic nieprawidłowego. Jeżeli trzymamy palec w pochwie na okolicy spojenia łonowego i każemy chorej podnosić naprzemian kończyny dolne, to nie można wykazać znaczniejszej ruchomości w spojeniu łonowem.

Opisawszy przebieg porodu i operacyi, opisawszy przebieg połogu, przynajmniej jego najważniejsze chwile, pozostaje mi jeszcze zastanowić się nad tem, czy w naszym przypadku cięcie łonowe da się usprawiedliwić, i czy inny zabieg operacyjny nie byłby zdołał bez narażenia matki na takie, wprawdzie nie niebezpieczne, ale bardzo niemiłe następstwa ocalić i matkę i dziecko.

Co do pytania, czy w danym przypadku cięcie łonowe było wskazane, odpowiedzieć musimy: *tak*. Wszak mamy miednicę, której sprzężna wynosi $8^1/_2$ cm. czyli 85 milimetrów, a toć przecie leży ten wymiar nieco tylko poniżej granicy, jaką podaje we wskazaniach Morisani i Charpentier, ale mógłby ktoś powiedzieć, że przecież w tym stopniu ścieśnienia nieraz płód rodzi się donoszony bez pomocy, a i my byliśmy tego samego zdania przed pęknięciem pęcherza; ta zaś okoliczność, że podczas badania w kilka godzin nabraliśmy przekonania, że główka jest zbyt twarda i duża, że zdolność zastósowania się jej jest nadzwyczaj mała, co też w rzeczywistości było, jeżeli po tylu godzinach i przy takich bólach niewiele poród postąpił, nasunąć nam musiała po założeniu kleszczy myśl tak zachwalanego cięcia łonowego. Z tejże samej przyczyny, że nie raz siły natury pokonać mogą, zwłaszcza u pierwiastek, wielkie nieraz zapory, nie przystąpiliśmy odrazu do obrotu, jak to chętnie czynimy mając przed sobą wieloródkę z przeszłością położniczą świadczącą, że porody poprzednie w położeniach główkowych dały wynik niekorzystny, nie wykonaliśmy, mówię, obrotu, lecz otworzyliśmy pęcherz i pozostawiliśmy dalszy przebieg porodu siłom natury.

Mógłby ktoś nam zrobić zarzut, że kiedyśmy już nabrali pewności, że poród dobrowolnie się nie ukończy i mieliśmy przygotowanie do cięcia łonowego, dla czego zakładaliśmy kleszcze? Otóż na to tylko tyle: kleszczami nieraz przezwyciężamy wielkie przeszkody pomyślnie — musi to przyznać nawet najdoświadczeńszy położnik, że są przypadki, w którychby przysiągł, że operacya będzie łatwa, że urodzi płód szybko a właśnie w tym razie okazuje się, że tylko po bardzo silnych pociąganiach i to kilku lub kilkunastu zdoła płód wydobyć; i naodwrót nieraz tylko niechętnie bierze kleszcze w rękę przekonany, że to zabieg daremny, a tu

po 2—3 nie silnych trakcyach rodzi płód żywy. Otóż myśmy tak powiedzieli: jedna lub dwie trakcye nic nie zaszkodzą a my będziemy mieli czyste sumienie, że cięcie łonowe było konieczne i uchronimy się od zarzutu wypowiedzianego jeszcze przez Baudeloqua, że tam, gdzie po cięciu łonowem wynik jest pomyślny i dla matki i dla płodu, tam ono nie było potrzebne, a to zyskaliśmy, że po cięciu odrazu mogliśmy płód wyciągnąć, skoro już kleszcze leżały na główce.

Nareszcie powie ktoś, dlaczego nie robiliście cięcia cesarskiego? Na to tyle: Zamałe ścieśnienie, takiego niestósunku nie mogliśmy wczas przypuszczać a później już było zapóźno, już chwila stósowna dla cięcia minęła; a zresztą idąc za radą Leopolda, tego samego, co nie dawno jeszcze dla cięcia cesarskiego zakreślał szerokie granice wskazań a dziś w takich przypadkach stawia wyżej cięcie łonowe, jako operacyę łatwą, pewną, chcieliśmy się przekonać o słuszności tego twierdzenia i swem doświadczeniem dołożyć jednę cegiełkę do nowo budującego się gmachu z napisem: *Cięcie łonowe*.

Tem, co wyżej wspomniałem, usprawiedliwiłem, dlaczego nie robiono innych zabiegów, któreby mogły ocalić i matkę i dziecko. I tak obrotu nie robiono dlatego, że to była pierwiastka ze ścieśnieniem, przy którem dzieci rodzą się nieraz łatwo w położeniu czaszkowem; kleszczy próbowaliśmy bez skutku, nie chcieliśmy wymóżdżać płodu żywego a w obec tego stopnia ścieśnienia, woleliśmy wybrać cięcie łonowe, niż cięcie cesarskie. Żeśmy dobrze uczynili, świadczy o tem zupełnie pomyślny wynik dla płodu a dla matki wprawdzie nie tak pomyślny, ale za to nauczyliśmy się i przekonaliśmy się, że cięcie łonowe nie jest operacyą tak niewinną, za jaką ją w ostatnich czasach pod wpływem entuzyazmu i prądu ogólnego okrzyczano i nabraliśmy przekonania, że, aby postawić ścisłe wskazanie do cięcia łonowego, nie wystarczy poprzeć go wymiarami miednicy, lecz należy uwzględnić nie tylko stopień, ale i rodzaj ścieśnienia, jak również uwzględnić wszystkie okoliczności ze strony płodu, które w obec tego samego stopnia ścieśnienia czynią poród nieraz o wiele trudniejszym, jak wielkość główki, twardość kości i zdolność zastósowania się do wymiarów miednicy; tak postępując z pewnością ograniczymy wskazanie a nie narazimy matki na przykre następstwa, z siebie zaś zrzucimy odpowiedzialność i zarzut, żeśmy niewłaściwy wybrali zabieg.

A na ostatek jeszcze słów kilka o tej przez wielu operatorów podnoszonej łatwości, z jaką wykonać można zabieg, że zdaje się czytającemu, iż ani asystentów, ani stołu, ani prawie instrumentu nie potrzeba, aby wykonać operacyę; ale chloroformować trzeba, ale wywierać ucisk na okolice krętarzy, ale trzeba krwotok nieraz gwałtowny tamować, to wszystko, kto wykona bez asysty, temu konia z rzędem; nie mówię już o tem, gdy się zdarzy jakie powikłanie; w najpomyślniejszych okolicznościach trzeba czterech, wyćwiczonych asystentów a z tą liczbą i cięcie cesarskie wykonać możemy wygodnie. W czem więc tkwi ta łatwość i uproszczenie, nie wiem; dalsze doświadczenia to wyjaśnią; my zaś wcale różowych zapatrywań się dzielić nie możemy.

Sumując w końcu wrażenia odniesione z przeczytania i zastanowienia się nad przypadkami w ostatnim ogłoszonemi czasie, nadto opierając się na własnem doświadczeniu, musimy powiedzieć, że tak, jak z każdą nową operacyą, jest też i z cięciem łonowem. Widocznem jest to gorączkowe zajęcie się operacyą, które w miarę coraz większej liczby przypadków musi ustąpić chłodnej rozwadze, która jedynie wydać może o zabiegu sąd sprawiedliwy. Owe świetne wyniki, zaczyna przyćmiewać statystyka, a na 0% podana śmiertelność przez Spinellego na ostatnim zjeździe w Wrocławiu zmieniła się na 10—15%. My o niem tyle powiemy:

1) Cięcie łonowe nie jest zabiegiem obojętnym a to z powodu, że znosząc ciągłość pierścienia kostnego miednicy, pozbawia znacznie części miękkie podstawy, w skutek czego one, zwłaszcza przy użyciu pewnej siły podczas operacyi, mogą doznać obrażeń sprowadzających czasowe lub trwałe kalectwo kobiety.

2) Nie jest zabiegiem łatwym, wcale nie łatwiejszym, niż cięcie cesarskie; wymaga bowiem, co najmniej, trzech wprawnych asystentów, z których jeden prowadzi narkozę, dwóch zaś innych uciska na okolice krętarzy, przez co chronią spojenia krzyżowo-biodrowe od uszkodzeń.

3) Cięcie łonowe mające na celu ocalić i płód i matkę musi być wykonywane w takich okolicznościach, gdzie po cięciu pomyślnego wyniku spodziewać się można a gdzie inne łatwiejsze zabiegi do celu tego nieprowadzą.

A zatem wskazane jest w tych przypadkach, gdzie miednica jest tak ścieśniona, że ani kleszcze, choćby wysokie, ani obrót nie są możebne bez niebezpieczeństwa dla matki i płodu a czas do wzniecenia porodu przedwczesnego minął, gdzie więc trzebaby wykonać wymóżdzenie płodu żywego, lub cięcie cesarskie, matka zaś nie zgadza się na to ostatnie a objawy ze strony płodu świadczą o tem, że żyje. Jako granice podają 8·8—6·7 Włosi, 8—6 Niemcy wymiaru prostego wchodu.

4) Aby cięcie łonowe nawet w tych wskazaniach odniosło pomyślny skutek, nie dosyć jest uwzględnić stopień ścieśnienia miednicy, bo nieraz w tym samym stopniu ścieśnienia różne możemy otrzymać wyniki; trzeba też uwzględnić wiek rodzącej, rodzaj ścieśnienia miednicy, rozmiary płodu, uwzględnić wszystkie objawy świadczące o mniejszej lub większej zdolności zastósowania się główki płodu do wymiarów ścieśnionych, co tylko ocenić możemy z pilnej obserwacyi dotychczasowego przebiegu porodu.

5) Cięcie łonowe przy miednicy ogólnie ścieśnionej, zdaje się, da lepsze wyniki, niż wobec płaskiej; w pierwszym bowiem razie, wszystkie wymiary się zwiększą i główkę łatwiej można przeprowadzić, niż przy miednicy płaskiej, gdzie wymiary poprzeczne są zazwyczaj prawidłowe a powiększyć się może tylko wymiar prosty; w pierwszym też razie lepiej jest, jeżeli główka idzie naprzód, w drugim lepiej do rozwiązania użyć obrotu i wydobycia płodu.

6) Cięcia łonowego nie należy wykonywać, jeżeli mamy znaczniejsze ścieśnienie, bo wtedy musimy użyć trudnego zabiegu do wydobycia płodu, zabiegu dla niego niebezpiecznego, matka zaś może ponieść znaczne obrażenia części miękkich i mogą pęknąć spojenia krzyżowo-biodrowe. Z przebiegu w naszym przypadku wynika, że cięcie łonowe nie jest wskazane przy miednicy płaskiej, gdzie wymiar prosty wchodu wynosi 8 cm. a główka jest duża i twarda.

7) Cięcia łonowego można użyć jako operacyi przygotowawczej w celu wydobycia płodu obumarłego w razie bezwzględnego ścieśnienia miednicy.

8) Krwotok z ciał jamistych łechtaczki bywa dosyć znaczny, czasem trudny do opanowania. Obfitszym bywa,

gdy nie przecinamy więzadła łukowego i gdy ono pęka podczas silnych pociągań kleszczami.

9) Jakkolwiek wiemy, że spojenie łonowe zrastać się może, to nie możemy z góry powiedzieć, jak będą przebiegać następne porody, czy bliznowate miejsca nie ulegną znaczniejszym uszkodzeniom, gdy po raz wtóry do cięcia łonowego u tej samej niewiasty przystąpimy.

10) Przetoki, które powstać mogą po cięciu łonowem, mogą się odnosić do bocznej a nawet do przedniej ściany pęcherza, jakto stało się w naszym przypadku, a zaszycie takich przetok przedstawia wielkie trudności, znacznie większe, niż w zwykłych odleżynowych po porodzie.

Z tego, co wyżej powiedziano, wypada, że tak ci, co zachwalają bardzo cięcie łonowe i starają się wyrugować cięcie cesarskie ze wskazania względnego, jak i ci, co odmawiają mu zupełnie wartości, nie mają zupełnej słuszności. Jedni z nich operowali widocznie w okolicznościach pomyślnych, drudzy w okolicznościach dla cięcia łonowego niepomyślnych; obydwie zaś strony za mało miały przypadków, aby w sprawie cięcia łonowego wypowiedzieć ostatnie słowo. Prawda leży widocznie w pośrodku t. j. że cięciu łonowemu w pewnych, że tak powiem, dobranych przypadkach wartości odmówić nie można; nie należy tylko trzymać się pewnego szablonu, wykutego z wymiarów miednicy kostnej, ale należy uwzględnić i inne okoliczności. Nie można jednak zgodzić się na to, że cięcie łonowe zastąpi w zupełności wymóżdżenie płodu żywego i cięcie cesarskie ze wskazania względnego; te zabiegi zawsze będą w pewnych razach nawet bezpieczniejsze a na koniec sądzę, że tak, jak cięcie cesarskie jest operacyą tem lepsze dającą rokowanie, w im pomyślniejszych okolicznościach technicznych robić się je będzie i dotychczas jest operacyą wyłącznie klinik i szpitalów, tak też i cięcie łonowe po za dobrze urządzone sale operacyjne nie wyjdzie a tem bardziej nie będzie przystępne dla praktyków. Zresztą czekajmy, niech ucichną fale wzburzone, po których płynie statek nowej operacyi w różne chylący się strony a wtedy przekonamy się, czy cało do portu zawinie.

Kraków w maju 1893.

IV. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

M. Wołkowicz: **O wartości leczniczej salolu w biegunce cholerycznej.**

Jak wiadomo, tłómaczy się ogólne przypady cholery azyatyckiej w ten sposób, że laseczniki przecinkowe wytwarzają przez swe życie w przewodzie pokarmowym pewne substancye bardzo trujące, które wessane działają zgubnie na układ naczyniowy i nerki. Przypady zatem ze strony przewodu pokarmowego są wcześniejsze od objawów zatrucia ustroju. Gdyby przeto przypady pierwsze trwały jakiś czas i gdybyśmy mieli środki do zniszczenia laseczników przecinkowych przedtem, nim one wytworzą ze siebie owe szkodliwe substancye trujące, przestałaby cholera być chorobą tak bardzo niebezpieczną.

Jakkolwiek w każdej epidemii, osobliwie na początku, trafiają się przypadki z przebiegiem tak ostrym, iż nie ma się czasu na leczenie pierwszego okresu, bo ma się do czynienia odrazu z zatruciem ustroju substancyami, na które nie znamy jeszcze odtrutki, to jednakowoż uczy oddawna doświadczenie, że przypadków cholery tak ostro przebiegających jest stósunkowo mało i że po największej części owe ciężkie objawy zatrucia ustroju występują po dłuższej lub krótszej biegunce, przeciw której można wystąpić energicznie.

Według doświadczenia autora w epidemii r. 1892. w Niżnym Nowogrodzie na 100 cholerycznych trwa okres biegunki aż do wystąpienia ciężkich przypadów ogólnych

u 10 krócej niż 6 godzin
u 21 od 6 do 12 godzin
u 7 od 12 do 24 godzin
u 15 nad 24 godzin
u 10 „ 48 „
u 14 więcej niż 4 dni
u 15 prawie 7 dni
u 4 dni 7
u 4 kilka tygodni.

90% przeto przypadków możnaby uratować, gdyby leczyło się je odrazu energicznie podczas biegunki a zdanie to opiera autor na doświadczeniu w przypadkach, w których chorzy szukali pomocy w okresie biegunki samej lub z wymiotami a nie okazywali jeszcze przypadów zatrucia. Nie można wprawdzie utrzymywać, iż wszystkie biegunki, które autor leczył, były napewne cholerycznemi; jeżeli się wszakże zważy, iż w danem miejscu panowała epidemicznie cholera azyatycka, iż w wielu przypadkach owej biegunki wykryto prątki przecinkowe, iż niektóre przypadki dalej posunięte okazywały już początki ogólnego zatrucia, nie można zdaniem autora wątpić, iż wiele z tych przypadków było pierwszym okresem cholery azyatyckiej i bez leczenia przeszłoby w okres niewątpliwej cholery.

Otóż w 200 przypadkach takiej biegunki, trwającej zazwyczaj od 1 do 3 dni, z 3 do 7, w niektórych 15 i więcej wypróżnieniami, używał autor salolu tak u dorosłych mężczyzn, jak kobiet, starców i dzieci. Pierwsza dawka u dorosłych wynosiła dwa gramy, u osób podeszłych i słabych gram, dalsze trzy dawki gramowe zażywali chorzy co 3 godziny, następnie również gramowe co 4 do 5 godzin. Niekiedy zażywali chorzy 2 do 4 razy po gramie co 2 godziny, późniejsze dawki również gramowe co 4 godziny. W ogólności przeto dostawali chorzy w pierwszym dniu po 8, wyjątkowo po 10 gramów salolu. Skoro tylko ustała biegunka i inne dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego a stan cały polepszył się, dostawali chorzy salol co 4, później co 6 godzin. Zwykle ustawała biegunka w pierwszych 12 godzinach, stolce stawały się coraz prawidłowszemi a po pauzie od 12 do 24 godzin następowało wypróżnienie należyte. Jeżeli chory zwymiotował proszek pierwszy, dostawał drugi i popijał go gorącą herbatą.

Podczas zażywania salolu leżeli chorzy zwykle w łóżku przykryci, w razie boleści dostawali cieple okłady a za napój używali herbaty gorącej z cytryną, bo letnią bardzo łatwo wymiotują. Rum i koniak pobudzają do wymiotów.

Z wyjątkiem szumu w uszach i zawrotu autor żadnych nieprzyjemnych przypadów po salolu nie widział. Dzieci dostawały co 3 lub 4 godziny tyle decygramów salolu, ile liczyły lat.

Środków wymiotnych używał autor tylko w razie wystąpienia przypadów żołądkowych po spożyciu pokarmów za obfitych, trudno strawnych lub zepsutych.

Ponieważ jest rzeczą bardzo ważną, żeby leczenie rozpocząć jak najrychlej, przeto wypada, by lekarz miał już u siebie zapas salolu i chorzy przynajmniej pierwszą dawkę zażywali zaraz u niego. (*Ther. Mtshefte. Wrzesień. 1893).*

D.

Notatki terapeutyczne.

Przeciw wymiotom podczas narkozy chloroformowej zaleca Joos uciskać palcem wielkim nerw przeponowy powyżej mostkowego końca obojczyka a uciskać przez kilka minut i po ustaniu wymiotów. Jeżeli po niejakim czasie postępowanie to nie prowadzi do celu, dobrze jest w wielu razach położyć na szyję kompres wodą zimną zmaczany.

Aubert i Fripier zalecają przed chloroformowaniem wstrzyknąć podskórnie centygram morfiny i miligram atropiny, do czego służy płyn:

112) *Morphini muriatici* 0·10
Atropini sulfurici 0·01
Aquae destil. 10·00
MDS. Przed chloroformowaniem wstrzyknąć podskórnie strzykawkę.
(*Lyon médical. 1893*).

Przeciw czerwonemu trądzikowi na twarzy (*acne rosacea*) zaleca Retrini pomazywanie za pomocą pędzelka miejsc chorych na policzkach, bocznych powierzchniach nosa, czole i brodzie przez trzy dni z rzędu płynem:

113) Rp. *Resorcini* 1·00
Ichthyoli 2·00
Collodii elastici 30·00

przyczem należy poprzednio małe ropnie w skórze otworzyć skaryfikatorem Vidalowskim. W 5 do 6 dni po pomazaniu zaczyna plewka pękać i odpada zupełnie w dwóch dniach następnych, poczem okazuje się zmniejszenie czerwoności i obrzmienia skóry a wtedy na nowo trzeba użyć wymienionego płynu. Trzy serye takich pomazywań, na co potrzeba dwóch do trzech tygodni, zwykle wystarczają do wyleczenia. Autor nastaje na to, by do rozpuszczania ichtyolu i resorcyny używać koniecznie kolodyonu sprężystego.

W celu niebolesnego rozszerzania szyjki macicznej zaleca się włożenie pręcików blaszkownicowych (*laminaria*) na ośm dni do płynu:

114) Rp. *Cocaini puri* 4·00
Jodoformii 10·00
Aetheris sulfurici 90·00

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

X. posiedzenie z dnia 2. czerwca 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 28.

1) Po odczytaniu protokółu z ostatniego posiedzenia kol. Krokiewicz podaje wynik badania anatomo-patologicznego guza zaotrzewnowego, wyjętego przez operacyę i przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu przez kol. Schramma:

Guz dochodzący wielkości dużego melona, ujęty ściśle w torebkę łącznotkankową, o powierzchni gładkiej, tu i owdzie wiotkimi zrostami pokrytej. Miejsce przyczepienia guza nie widoczne. Spójność guza różna; w jednych częściach jest on zbity i twardy, w innych zaś okazuje się miękkim i chełboce. Badanie na przekroju okazuje, iż guz składa się z jam różnej wielkości, od wielkości orzecha włoskiego do wielkości pięści dorosłego człowieka dochodzących, wypełnionych treścią śluzowo-galaretowatą, tudzież z utkania twardego, zbitego, o zabarwieniu jużto bladościęgnistem, białem, jużto bladoróżowem. Badanie drobnowidowe okazuje w miejscach bladościęgnistych, białych utkanie zbite tkanki łącznej włóknistej; w miejscach bladoróżowych utkanie tkanki ziarninowej obficie w naczynia zaopatrzonej, składającej się z komórek wrzecionowatych; w miejscach naokoło jam utkanie tkanki śluzakowej złożonej z komórek wielowypustkowych i z substancyi międzykomórkowej, bezpostaciowej, galaretowatej. Treść jam daje reakcyę śluzu. Wynik badania stwierdza, że w danym przypadku mamy do czynienia z nowotworem typowej tkanki łącznej i tkanki śluzakowej, *fibromyxoma cysticum*. Nowotwór ten rozwijał się powoli a punkt jego wyjścia najprawdododobniej stanowi tkanka łączna powięzi przedkręgowej w jamie pozaotrzewnowej. Powstanie nowotworu należy odnieść do życia płodowego, w czasie którego tkanka powięzi w części odziedziczyła znaczniejszą zdolność histogenetyczną, w części przechowała także ogniska zbłąkane tkanki śluzakowej i przy zniesieniu równowagi fizyologicznej w życiu pozapłodowem nadmiernie bujać poczęła. Nowotwór w danym przypadku jest charakteru dobrotliwego i po doszczętnem wyłuszczeniu nie powinien się odnowić. (*Ref. własny*).

W dyskusyi przemawia kol. Schramm i kol. Pisek. Kol. Pisek przed 9 laty opisał przypadek podobny guza wychodzącego z okolicy więzu przedkręgowego, który okazywał tak wybitne chełbotanie, że rozpoznawano torbiel. Badanie drobnowidowe guza wyjętego przez operacyę wykazało: *fibroma myxomatodes lipomatosum*.

2) Kol. Schramm przedstawia dwóch chorych:

a) R., chłopak 7-letni, według podania rodziny upadł przed 3 laty i od tego czasu na nogę prawą nie mógł stąpać. W kilka tygodni po przypadku wystąpiła w okolicy stawu biodrowego prawego jakaś sprawa zapalna, która sprowadziła rozległe i długotrwałe ropienie. Obecnie chłopak licho odżywiony, kończyna dolna lewa prawidłowa; w okolicy biodrowej prawej liczne, głębokie, z kością pozrastane blizny, krętarz prawy większy znajduje się znacznie wyżej, niż po stronie lewej; główki kości udowej wyczuć nie można, udo skręcone na zewnątrz, staw kolanowy zgięty tak, że podudzie prawe spoczywa na udzie lewem. Ruchy w stawie biodrowym prawym zupełnie zniesione. Chłopak chodzi więc na lewej kończynie, podpierając się laską. Sprawę chorobową tłómaczyć sobie należy w ten sposób, że wskutek upadnięcia przyszło do zapalenia kości z następowem zniszczeniem panewki i zwichnięciem kości udowej ku górze i ustaleniem jej przez następne zrosty w położeniu mocnej rotacyi na zewnątrz. Znacznego stopnia zanik na udzie i podudziu, które jest o 4 cm. krótsze niż lewe, tłómaczy długotrwałe nieużywanie tej kończyny do chodzenia.

b) U dziewczyny 9-letniej znaiduje się na częściach rodnych zewnętrznych guz wielkości pięści mężczyzny, twardy, powierzchnia jego kalafiorowata, porozpadana, zwłaszcza w miejscu, gdzie przez guz przechodzi rozciągnięta i ku stronie prawej zepchnięta cewka moczowa. Z wywiadów okazuje się, że guz ten wychodził początkowo z lewej wargi sromnej, że był operowany przed kilku miesiącami, poczem jednak wkrótce nastąpiła recydywa. Mamy tu więc do czynienia z rzadkim przypadkiem mięsaka sromu niewieściego. Operacya i badanie drobnowidowe potwierdziły rozpoznanie (*ref. własny*).

3) Kol. Ziembicki przedstawia dwóch chorych:

a) Chorego z kostniakiem (*osteoma*) wielkości pięści dorosłego mężczyzny powyżej guza kości czołowej lewej.

b) Chorego z potrójnym przybłoniakiem (*epithelioma*) w twarzy, mianowicie na wardze dolnej po stronie prawej, na wardze górnej po stronie lewej i w okolicy skroniowej lewej.

4) Kol. Barącz przedstawia chorego dotkniętego powrotną promienicą języka (*actinomycosis linguae recidiva*) i demonstruje pod drobnowidem typowe *actinomyces* z tego przypadku. Przypadek ten wydaje się kol. B. ciekawym z następujących względów: 1) u chorego nastąpił powrót choroby po 3 miesiącach z przyczyny zaniedbania dalszego leczenia; 2) prócz grudek wydobyto podczas pierwszej operacyi ciało roślinne (plewy ziarna zbożowego); 3) podczas pierwszej operacyi pałek wyraźnych nie zauważono, obecnie zaś są one bardzo typowe; 4) choroba wystąpiła w postaci ropnia rozlanego. Przypadek ten jest 3-cim promienicy języka obserwowanym przez kol. B. Kol. B. omawia terapię w tym przypadku i przedstawia pod drobnowidem kawałek kłosa przenikły nitkami grzybka promienicowego z innego przypadku promienicy języka. Przypadki obydwa wyświecają etyologię promienicy (*ref. własny*).

Kol. Prus zwraca uwagę na to, że w promienicy języka gruczoły limfatyczne nie są zajęte, co dowodzi, że promienica nie rozszerza się przez gruczoły.

Kol. Krokiewicz uważa przypadki kol. Barącza za cenny przyczynek do nauki o sposobie przenoszenia się promienicy na człowieka.

5) Kol. Jendl pokazuje uproszczony i zmieniony przez kol. Ebersa z Krynicy hełm trzęsący Charcota, podając przytem krótką historyę przyrządu. Należy on do rzędu tych aparatów, które rodzi coraz więcej w lecznictwie zastosowania mająca mechanoterapia. Przed kilku laty spostrzeżono w oddziale Charcota, że podróże dłuższe koleją żelazną a raczej połączone z niemi ciągłe, niezbyt mocne wstrząśnienia działają korzystnie na stan chorych z wygórowaną ruchowością i drżączkami (n. p. *paralysis agitans*). Wymyślone w Szwecyi karło trzęsące znalazło w Salpetrière szybkie i wrzekomo dość pomyślne zastosowanie. Niedługo potem Charcot skombinowaw-

szy kojące działanie lekkich wstrząśnień ze znanem usypiającem działaniem monotonnych słabych pobudek wpadł na pomysł swego hełmu, opisanego półtora roku temu w *Progrès medical*, jako środka kojąco-nasennego w rozdrażnieniu nerwowem i bezsenności (w neurastenii i w niektórych formach histeryi).

Działania fizyologicznego przyrządu Charcot nie podaje, w każdym razie jednakże trudno byłoby zredukować je do modnej dziś definicyi *suggestya*, która ma tłómaczyć wszystko a niczego właściwie nie wyjaśnia. Gdybyśmy nawet część tego działania, w niektórych szczególniej przypadkach, do suggestyi odnieść mogli, to przecież w reszcie przypadków działanie to, na dziś wytłómaczyć się nie dające, zostaje niewątpliwie w związku z niezupełnie dokładnie opracowanym działem fizyologii o sposobie oddziaływania organizmu na drobne pozornie pobudki zmysłowe, działania w każdym razie potężnego, jak to wykazał niedawno Féré w zajmującem dziełku p. t. „*Sensation et mouvement*“.

Zamiast jednak zapuszczać się w przedwczesne wnioski i tłomaczenia warto się zapoznać z niezmiernie dowcipnem i praktycznem uproszczeniem Charcotowskiego hełmu dokonanem przez kol. Ebersa (*ref. własny*).

Następnie kol. Jendl szczegółowo okazuje przyrząd kol. Ebersa i odczytuje opis przyrządu nadesłany przez kol. Ebersa z Krynicy, który poniżej w całości podajemy:

Modyfikacya hełmu Charcota i trzęsidło Dra Ebersa do mięsienia.

Mając wiele do czynienia z neurastenikami, byłem bardzo ciekawy poznać ów hełm trzęsący Charcota, którym profesor paryski chorym na bezsenność miał przynosić ulgę w tem cierpieniu. Skorzystałem więc z pierwszej sposobności, aby się z tym przedmiotem zaznajomić, i poznawszy na miejscu zalety i wady przyrządu Charcota, pozwoliłem sobie poczynić w nim zmiany i rozszerzyć pole jego zastósowania.

Jak kolegom wiadomo, hełm w mowie będący składa się z małego elektromotoru, do którego przytwierdzony jest wieniec sprężyn łukowato wygiętych, dających się na głowę nasunąć jak czapka, a że są delikatne i w użyciu łatwo się zaginały, dodano im dla ochrony blaszaną osłonę w formie hełmu, ztąd nazwa. Dodatek ten stanowi jednak ujemną stronę przyrządu; hełm bowiem działa jako resonator potęgujący szmer kółek obracających się w motorze, równocześnie wstrzymuje przeziew skóry i zwiększa przez to napływ krwi do głowy, wreszcie ograniczą użycia przyrządu tylko do pozycyi siedzącej lub stojącej chorego, który w nim położyć głowy nie może, gdyż ją sprężyny opierając się o blachę ugniatają a swoją drogą motor o poduszkę zaczepia się i funkcyonować nie może, albo się psuje.

Z tych powodów odrzuciłem zupełnie hełm blaszany i wieniec sprężyn, dając natomiast dwie silniejsze sprężyny opatrzone na końcach płatami, obejmującemi czoło i potylicę. Stósownie do wymiarów czaszki dają się one rozsuwać u podstawy, którą przytwierdza się ją do motora. W miejsce poduszeczki, na której w hełmie opierał się motor o szczyt głowy, dałem ze względów czystości płytkę metalową wklęsłą; wreszcie usunąłem wszystkie wystające śrubki w motorze i dałem mu osłonę metalową. Oba sznury przewodnie splotłem w jeden i dałem im kolce do wtykania bez śrubek.

W ten sposób uproszczony przyrząd ma tę zaletę, że

1) założyć go można choremu w pozycyi leżącej i zostawić go aż do uśnięcia, poczem lekko zesunąć się da z głowy bez budzenia śpiącego;

2) przez usunięcie resonującej blachy hełmu szmer motoru udziela się słuchowi chorego jako łagodny szmer a nie przykry hałas, jak w hełmie Charcota;

3) równocześnie usuniętą została przeszkoda dla przeziewu skórnego, jaką sprowadzało okrycie całej głowy blachą, i chorzy nie mają powodu skarżyć się na uczucie gorąca w głowie.

Działanie przyrządu jest jednostajne, łagodne, sprawia wcale przyjemne wrażenie a sprowadza sen albo wśród posiedzenia w 15 do 30 minut, albo wkrótce po posiedzeniu, które naturalnie powinno się odbywać w stósownej do snu porze.

W tłómaczenie fizyologiczne działania tego trzęsienia zbyt zapuszczać się nie chcę; nie tłómaczy go ani Charchot ani Babiński w sposób stanowczy; zdaje się jednak, że jednostajne, łagodne drażnienie jednoczesne zmysłów czucia i słuchu działa usypiająco, jak to widzimy w analogicznym wpływie łagodnych tonów muzyki, turkotu maszyn, młyna, szumu wody, trzęsienia wagonu i t. p. W każdym razie sądzę, że, u neurasteników zwłaszcza, ważną okolicznością jest tu jeszcze odciągnięcie ich uwagi na zewnątrz, zmiana kierunku ich myśli, które muszą ze swego chorobliwego toku wykoleić się pod wpływem przyrządu, który nietylko działa na ich wyobraźnię, ale i zmysły ich bezpośrednio uderza w sposób dodatni i stanowczo uspakajający. Działanie to spostrzegać się daje nawet w przypadkach bardzo opornych, w których dopiero po kilku posiedzeniach trzęsidło sen sprowadzało.

Obok zastósowania przyrządu do celu, jaki Charcot osiągnąć zamierzył, motor w tej formie, jaką mu nadałem, może jeszcze inne zadanie spełnić w terapii mechanicznej, a to jako dzielne trzęsidło do mięsienia, czy to ogólnego, jak n. p. w *paralysis agitans*, czy to miejscowego, jak w newralgiach, wypocinach, niedowładzie jelit i t. p.

W tym to celu zrobiłem przyrząd jak najmniejszy i nadałem mu kształt jak najprostszy, aby go łatwo ręka lekarza mogła używać i zaopatrzyłem go w dające się zmieniać nasady: jedną płytę okrągłą lekko wypukłą do powłok brzusznych, drugą lekko wklęsłą i szerszą do klatki piersiowej; jeden guzik podłużny służy dla dostępu do przestworów międzyżebrowych, drugi pałkowaty do otworów kostnych, wogóle do miejsc ograniczonych.

Wobec tego, że przyrząd jest całkiem nowy, brak mi dostatecznych danych do przedstawienia kolegom; sądzę jednak, że moje trzęsidło zdoła oddać dobre usługi w mechanoterapii i może okaże się praktyczniejszem, niż szwedzkie kręcidło, bo jest poręczniejsze, mniejsze, samodzielniejsze, bo tylko sznurem złączone ze stosem galwanicznym, i co także ważną jest rzeczą, znacznie tańsze.

Dotąd użyć go mogłem tylko w kilku przypadkach migreny, newralgii międzyżebrowej i wzdęcia brzucha, ze skutkiem bardzo dobrym; właściwą ocenę jednak przedstawię kolegom, gdy po doświadczeniu przyrządu na większą skalę w zakładzie Krynickim, będę mógł na pewnych rezultatach oprzeć swe twierdzenia.

Przyrząd pochodzi z pracowni Gaiffego w Paryżu, rue St. André des Arts 40. Zapłaciłem za motor z pokrywą 45 fr., za płyty i guziki do mięsienia 22 fr., za płyty na głowę 40 fr. Te ostatnie wypadną o połowę taniej, bo każę sprężyny bezpośrednio przyśrubować do motora guzikiem wklęsłym; urządzenie bowiem do rozsuwania sprężyn jest zbyteczne.

Do wprawienia w ruch motora wystarczają dwa małe ogniwa Greneta. Uważać należy, aby w razie użycia przyrządu na głowę ruch motora nie był zbyt mocny. Do mięsienia należy użyć mocniejszego prądu. Stopień trzęsienia się łatwo przez zanurzanie płyt cynkowych płyciej lub głębiej.

Kol. Prus zwraca uwagę na zalety modyfikacyi hełmu Charcota przez kol. Ebersa a wykazuje przedewszystkiem, że zastąpienie ciężkiego hełmu lekkiemi obręczami jest pomysłem bardzo szczęśliwym; przez to bowiem nietylko przyrządu użyć łatwiej, ale i cena hełmu jest znacznie przystępniejszą, a właśnie wygórowana cena hełmu Charcota była główną przeszkodą rozpowszechnienia tego przyrządu. Przez połączenie hełmu z motorem elektrycznym w taki sposób, że do motoru można przyśrubować rozmaitego kształtu nasady, zyskuje przyrząd Ebersa tem więcej na wartości, gdyż w ten sposób przyrząd ten zastępuje wibratory szwedzkie, a co więcej nawet je przewyższa ze względu, że siłą poruszającą jest prąd elektryczny.

Działanie hełmu Charcota w bezsenności odnosi kol. Prus do znużenia nerwów czulnych skóry przez delikatne drgania, i do znużenia zmysłu słuchowego jednostajnym tonem przyrządu. O wstrząśnieniu mechanicznem tego rodzaju, jakie Koch i Filehne w swoich doświadczeniach przez jednostajne uderzanie młotkiem w czaszkę zwierzęcia (*Verhämmern*) otrzymywali, tutaj mowy być nie może, gdyż pierwszemi objawami wstrząśnienia mózgu w tych doświadczeniach są zwolnienie tętna i oddechania, drżenie gałek ocznych i t. d., a takich objawów hełm wibrujący z pewnością nie może wywołać. Być może, że oprócz powyższego działania na nerwy czulne i słuchowe wpływa także korzystnie na chorych autosuggestya *(wł. referat)*.

Kol. P i s e k mniema, że istota przyrządu przedstawionego jest taka sama jak w wibratorach szwedzkich z tą tylko różnicą, że siłę mechaniczną wprawiającą w ruch wibratory zastępuje tu elektryczność.

Kol. W e r n i c k i sądzi, że większą wartość mają przyrządy wprawiane w ruch zapomocą elektromotoru, ponieważ ruch ich może być szybszym i jednostajniejszym i siła wstrząśnień łatwiej daje się regulować i stósować do potrzeb.

Kol. J e n d l oprócz większej jednostajności i szybkości ruchów uważa za zaletę przyrządu kol. Ebersa jeszcze to, że jest daleko lżejszym i bez porównania tańszym od trzęsideł szwedzkich.

6) Kol. O b t u ł o w i c z przedkłada sprawozdanie o chorobach nagminnych panujących w miesiącu maju w powiecie lwowskim.

Na tem posiedzenie zakończono.

Uwaga. W *Przeglądzie lekarskim* Nr. 24, str. 322, w. 27 z dołu zamiast „u wejścia macicy“ powinno być: „u wejścia miednicy“.

Sekretarz *Dr. Bory.*

VI. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36.)

XIII. Dr. G a b r y s z e w s k i (z Krakowa): O g u z a c h p o w ł o k b r z u s z n y c h.

Dr. G a b r y s z e w s k i opisuje dwa przypadki guzów powłok brzusznych, które przed kilkoma miesiącami operował w klinice chirurgicznej krakowskiej. Były to twarde, zbite guzy wielkości jaja strusiego, z których jeden miał kształt podłużnawy, drugi zaś kulisty, a wystąpiły one u młodych kobiet (22 i 24 lata) podczas ciąży; u jednej chorej wystąpił guz przed $1^1/_2$ rokiem, u drugiej przed rokiem. Badanie mikroskopowe guzów tych wykazało, że były to włókniaki. (Demonstracya preparatów mikroskopowych). Wyłuszczono je i wygojenie się nastąpiło *per primam.* W literaturze znalazł Dr. G a b r y s z e w s k i podobne przypadki opisywane jako włókniaki oraz jako mięsaki. L e d e r h o s zebrał z literatury francuzkiej 100 przypadków, opisanych jako włókniaki; w niemieckiej zaś literaturze opisywane są przeważnie mięsaki. G u y o n uważa, że guzy te wychodzą z pochwy mięśniów lub też z samych mięśniów, prawdopodobnie z mięśnia prostego brzucha. Dr. G a b r y s z e w s k i rysuje stosunki anatomiczne, jakie znalazł podczas operacyi w swoich przypadkach, zwracając przy tem uwagę na charakterystyczne, spinkowate przewężenia guzów tych pośrodku. Guzy wychodziły z pochwy mięśniów a rozrastały się przeważnie w kierunku ku przodowi, przez co wypuklały skórę oraz ku tyłowi. Zrosty z otrzewną były bardzo mocne, tak że podczas operacyi nie można było uniknąć otworzenia jamy otrzewnowej. Za główny czynnik etyologiczny uważają autorzy ciążę a mianowicie mechaniczne działanie zwiększającej się macicy na mięśnie brzucha. Za przypuszczeniem tem przemawia oprócz danych statystycznych jeszcze i ta okoliczność, że w 90% przypadków podobych guzów obserwowanych u niezamężnych, chore cierpiały jednocześnie na *cystomata ovariorum.*

Następnie podaje Dr. G a b r y s z e w s k i operowany przez siebie również w klinice krakowskiej przypadek pierwotnego raka powłok brzusznych. Chora przybyła do kliniki z małym strupkiem na brzuchu w okolicy pępka; około tego strupka wyczuwało się lekkie stwardnienie; raka rozpoznać nie było można; uważano cierpienie to za stosunkowo błahe i ograniczono się na wyskrobaniu i przyżegnięciu, po jakimś czasie przybyła chora powtórnie do kliniki a w miejscu pierwszej operacyi utworzyła się była mała przetoczka. Wycięto starannie zmienione części wraz z najbliższem otoczeniem a badanie mikroskopowe wykazało w przypadku tym *carcinoma planocelluare.* (Demonstracya preparatów mikroskopowych).

Prof. O b a l i ń s k i: Przypadki pierwotnego raka powłok brzusznych są bardzo rzadkie; obserwował 2 takie przypadki: jeden przypadek w klinice prof. B r y k a, drugi w praktyce prywatnej. W ostatnim przypadku miał prof. O b a l i ń s k i do czynienia z rakiem pępka, na pozór bardzo nieznacznie rozprzestrzenionym tak, że przewidywał bardzo niewielką operacyę. Okazało się, że rak był bardzo rozległy, na otrzewnej zajmował przestrzeń wielkości dłoni a operacya była ciężka. Chory umarł na *peritonitis carcinomatosa.* Przy tej sposobności wymyślił prof. Obaliński sposób plastyki otrzewnej z sieci, nadający się do przypadków, w których wycięto otrzewnę na znacznym obszarze. Tej samej metody użył poprzednio S k l i f a s s o w s k i w przypadku ropnia, powstałego w okolicy kiszki ślepej.

Dr. W e h r (ze Lwowa) przytacza własny przypadek mięsaka powięzi mięśnia prostego brzucha (*sarcoma fasciae m. recti abdominis*); w przypadku tym występowały kilkakrotnie recydywy tak, że operowano 4 czy 5 razy. W końcu wystąpiły ogniska mięsakowe w jamie brzusznej, osierdziu, którego część Dr. W e h r resekował; przypadek zakończył się śmiertelnie. Szycie było bardzo trudne; szew skórny był możliwy tylko na pewnej części rany, resztę musiał Dr. W e h r pofastrygować.

Dr. K a p e l u s z (z Biały) wspomina o przetoczkach w okolicy pępka, powstałych z pozostałości *ductus omphalomesaraicus.*

Dr. S a w i c k i (z Warszawy) zabiera głos w sprawie pokrywania braków powstałych w powłokach brzusznych po wycięciu guzów i przytacza dwa spostrzegane przez siebie przypadki (jeden w oddziale Dra K r a j e w s k i e g o w Warszawie), w których pomimo znacznych braków w powłokach brzusznych samo zeszycie skóry wystarczyło do zupełnego wygojenia.

Prof. O b a l i ń s k i spostrzegał w praktyce swojej cztery razy dehiscencyę ran laparotomijnych; w trzech przypadkach nastąpiło wygojenie, jeden (rak) zakończył się śmiertelnie. W jednym z tych przypadków komplikacya ta wystąpiła po miomektomii wskutek silnego kaszlu. W podobnych przypadkach należy zawsze próbować szyć; prof. O b a l i ń s k i zaleca przy tem swój sposób; jeśli sieć nie wystarcza, można podsunąć pod brzegi rany wielki płat gazy jodoformowej i szyć na nim. Gaza jodoformowa przykrywa jelita a zarazem służy za doskonały knot wyprowadzający wydzielinę z jamy brzusznej na zewnątrz. W dwu przypadkach, operowanych w powyższy sposób, rozwinęły się na jelitach pod gazą jodoformową doskonałe granulacye. Sposobu tego można użyć i w świeżych przypadkach t. j. tam, gdzie starczy sieci.

Dr. K r y ń s k i (z Krakowa) zapytuje się, w jakim celu prof. O b a l i ń s k i zaleca swój sposób w przypadkach świeżych.

Prof. O b a l i ń s k i odpowiada, że nie zaleca tego sposobu jako reguły w postępowaniu, lecz tylko zwrócił uwagę, że w pewnych okolicznościach sposób ten może i w świeżych przypadkach znaleść zastosowanie.

Dr. S a w i c k i (z Warszawy) dodaje do swojego poprzedniego przemówienia, że w przytoczonych przez niego przypadkach skóra przeszła w zgorzel na nieznacznym tylko obszarze, zresztą utrzymała się zupełnie dobrze.

XIV. Dr. S c h r a m m (ze Lwowa): P r z y c z y n e k d o k a z u i s t y k i k a m i e n i m o c z o w y c h.

Dr. S c h r a m m okazuje kamień moczowy, wydobyty z pęcherza moczowego chorego, cierpiącego na kamienie pęcherzowe od lat czterech. Operacya, przez którą wydobyto okazany kamień, była już trzecią z rzędu. Pierwsze dwie operacye wykonał Dr. S c h r a m m metodą prof. R y d y g i e r a, ostatnią zaś zwykłym sposobem. Po przepiłowaniu kamienia okazało się, że utworzył się on naokoło szwu jedwabnego, który się dostał (prawdopodobnie wyropiał) do jamy pęcherza. Być może, że i druga recydywa powstała w podobny sposób. Błony śluzowej pęcherza Dr. S c h r a m m nie szył; o metodzie prof. R y d y g i e r a wyraża się Dr. S c h r a m m z wielkiem uznaniem, mógł bowiem przekonać się o jej zaletach przy drugiej oraz trzeciej operacyi na ży-

wym; badając palcem błonę śluzową pęcherza w miejscu dawniejszego cięcia nie można było wykazać rozstępu tej błony.

Dr. Gabryszewski (z Krakowa) zwraca uwagę, że wobec tego należałoby szyć katgutem; przytacza przypadek z niemieckiej literatury, w którym utworzył się również kamień pęcherzowy naokoło szwu, który dziwnym sposobem dostał się z okolicy pęcherza do jego wnętrza.

Dr. Kryński (z Krakowa) przytacza przypadek kliniczny, przez siebie operowany, w którym w 2 tygodnie po herniotomii w miejscu przepukliny wystąpił guz chelboczący; był to ropień a w ropie znaleziono pętlę jedwabną, którą była podwiązana brama przepuklinowa.

Prof. Obaliński sądzi, że Dr. Kryński musi się mylić, że nie była to pętla, którą była podwiązana brama przepuklinowa, ale podwiązka, która spadła z sieci.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

— Wydział krajowy galicyjski uchwalił przedstawić Dra Stanisława Poniklę, docenta Uniwersytetu Jagiellońskiego i lekarza powiatowego krakowskiego, na dyrektora szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— Dr. Maciej Gąsiorowski, radca zdrowia, mianowany lekarzem instytutu głuchoniemych w Poznaniu.

— W Londynie utworzyło się przed kilkoma laty towarzystwo w celu walki z trądem na całej kuli ziemskiej a za pierwszy kraj swego działania obrało sobie Syberyę Wschodnią. Otóż po dokładnem zbadaniu rzeczy na miejscu pokazało się, zdaniem korespondenta dziennika angielskiego *Daily News*, że w Syberyi całej jest bardzo mało trędowatych a ci, którzy są, mają doskonałą opiekę na miejscu.

— 65. zgromadzenie Towarzystwa przyrodników i lekarzy niemieckich odbyło się tego roku w Norymberdze od dnia 11. do 15. b. m. Zjazd był znacznie mniejszy, niż w latach poprzednich, prawdopodobnie, jak domyślają się pisma niemieckie, z powodu ciągłego niebezpieczeństwa od cholery. Na miejsce przyszłorocznego zebrania się wybrano Wiedeń, w którym po raz ostatni odbył się zjazd, o którym mowa, jeszcze w r. 1856.

— W szpitalach w Nantes we Francyi zaprowadzono chwalebny zwyczaj uwieczniania marmurowemi tablicami opatrzonemi w stósowne napisy pamięci lekarzy zmarłych podczas pełnienia obowiązków zawodowych. Pierwszą tablicę wmurowano ku pamięci Juliusza Prauda, słuchacza medycyny, zmarłego z ospy, drugą ku pamięci praktykanta szpitalnego, Merleta zmarłego na różę a trzecią mają teraz wmurować ku uczczeniu Chupina, zmarłego na cholerę w roku zeszłym. W Paryżu zaledwie w kilku przypadkach uczczono w ten sposób pamięć lekarzy, którzy zmarli skutkiem pełnienia ciężkich obowiązków swego zawodu.

Należałoby i u nas pomyśleć o czemś podobnem, choć może w naszych szpitalach tych tablic byłoby wkrótce zawiele, jeżeli wspomnimy, ile to u nas ginie młodych lekarzy z duru osutkowego, tak rzadkiego w zachodniej Europie.

— Rząd belgijski rozpisuje na rok 1897 konkurs międzynarodowy z nagrodą 25000 franków za najlepszą pracę na temat: Ze stanowiska sanitarnego należy opisać dokładnie stósunki meteorologiczne, hidrologiczne i geologiczne krajów Afryki podrównikowej i z obecnego stanu wiadomości w tej mierze wywieść stósowne zasady dyetetyczne dla pobytu w tych krajach, tudzież na podstawie należytych obserwacyj ułożyć prawidła sposobu życia, żywienia się, pracy, ubrania i mieszkania, by zachować zdrowie i siły. Należy skreślić symptomatologią i etyologią chorób właściwych Afryce podrównikowej i podać ich leczenie tak zapobiegawcze jak i terapeutyczne, jakoteż skreślić zasady wyboru i używania lekarstw, tudzież zakładania szpitali i sanatoryów. Tak w części naukowej jak i praktycznej prac konkursowych należy uwzględnić warunki pobytu Europejczyków w rozmaitych dzielnicach kotliny Kongo. Prace ubiegające się o nagrodę należy złożyć najpóźniej do 21. grudnia 1897 w ministerstwie spraw wewnętrznych w Brukseli.

— Austryackie ministerstwo spraw wewnętrznych zawiadomiło władze krajowe, iż podczas epidemii cholerycznej tak prywatne instytucye dobroczynne i korporacye, jak władze i gminy mogą po stósownem podaniu sprowadzać bez cła z zagranicy baraki i przyrządy desinfekcyjne.

— **Cholera**. Według wykazów urzędowych zachorowało w Galicyi i w Krakowie od początku epidemii tegorocznej do 12. września 502 osób, z czego zmarło 307 czyli 61%. W Krakowie było wogóle 9 przypadków, z których 7 zakończyło się śmiercią. Ponieważ od 12 dni nie trafił się ani jeden przypadek choćby tylko podejrzany, przeto kwarantanę koło dwóch domów na Kazimierzu przy Miedzuchu zniesiono i wogóle usunięto wszelkie środki nadzwyczajne. Z innych krajów europejskich nie mamy do nadmienienia nic szczególnego.

Dr. Władysław Jabłonowski przebywający w Burgas nad morzem Czarnem pisze nam dnia 14. b. m.: W zakładzie dla obłąkanych w Skutari (przedmieście Carogrodu) od tygodnia potwierdzono stan chorobowy zakaźny, którego bardzo groźne pojawy i szczególnie szybki przebieg, w krótkim przeciągu czasu spowodowały 38 zejść na 65 dotkniętych. Jakkolwiek nie potwierdzono naukowo, czy ma się już do czynienia z cholerą, to jednak przez wzgląd na tak wysoki stopień zaraźliwości i grożącego niebezpieczeństwa uznano chorobę za podejrzaną i przedsięwzięto wszelkie środki, by ją umiejscowić w granicach samego zakładu. W tym celu posłano tam komisyę lekarską i otoczono zakład łańcuchem straży sanitarnych. Dotąd nie mamy żadnej pewnej wieści o czynnościach komisyi i zrobionem przez nią rozpoznaniu! Ogólnie się sądzi, że i do Carogrodu już się dostała cholera. Jaką drogą? o tem później. Na teraz to tylko pewna, że dotychczasowa znośna sytuacya zdrowotna w stolicy bardzo się zachwiała.

— **Wiadomości uniwersyteckie.** Mianowani: tajni radcy lekarscy profesorowie Drowie Küster w Marburgu i Schmidt-Rimpler w Gietyndze lekarzami jeneralnymi 2-ej klasy w armii niemieckiej, Dr. J. Rotgans, prywatny docent w Groningen, profesorem chirurgii w Amsterdamie, Dr. A. Eiselsberg, prywatny docent w Wiedniu, profesorem chirurgii w Utrechcie, Dr. O. Kaufmann profesorem patologii ogólnej w Birmingham, prof. Küstner w Dorpacie profesorem położnictwa we Wrocławiu.

NADESŁANE.

Szanownych PP. Kolegów, którzy zmienili mieszkanie lub miejsce pobytu, upraszam o podanie adresu dla Kalendarza lekarskiego na rok 1894.

Dr. Murdzieński.
Kraków, ulica Floryańska 53.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem konkurs na dwie posady lekarzy okręgowych:

1) w Obertynie z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże 200 złr.;

2) w Czernelicy z płacą 500 złr. i ryczałtem na podróże 258 złr.

Kompetujący wykazać się mają:

1) obywatelstwem austryackiem,
2) dyplomem doktora medycyny,
3) świadectwem moralności,
4) świadectwem zdrowia,
5) znajomością języków krajowych,
6) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim,

a po otrzymaniu posady stósować się winni do Instrukcyi z 31. grudnia 1891 Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Termin wniesienia podań oznacza się do 20. września 1893 r. 124—3—3

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 30. Września 1893. Nr. 39.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O znaczeniu zmian istoty kitowej beleczków mięsnych serca.

Podał

Prof. Browicz.

(Dok. Patrz Nr. 38).

Budowę tę pręcikowatą, jak ją w swojej pracy nazwałem, zupełnie taką samą, jak ją Przewóski na fig. I. przedstawia, widzieć można, jak już nadmieniłem, bezpośrednio w stanach patologicznych na skrawkach niebarwionych, ze świeżego, niczem nie preparowanego mięśnia sercowego wziętych. Ów rąbek jasny, ostro odgraniczony, jaki na preparatach świeżych, jak podówczas podałem, dostrzega się, z komórką mięsną graniczący, odpowiadałby owej, przez Przewóskiego *stratum granulosum terminale* nazwanej, warstwie. Uwydatnianie się pręcikowato zbudowanej istoty kitowej wyłącznie w tej formie lub też obok istoty kitowej w kształcie wąskiego, jasnego lub szerokiego a na końcach niekiedy zgrubiałego pasma, jakby napęczniałej istoty kitowej, stanowi zdaniem mojem dowód, iż zmiany, jakie spostrzega się wśród istoty kitowej w przypadkach chorobowych w świeżym mięśniu bez udziału jakichkolwiek chemicznych czynników, przedstawiają stan patologiczny, wśród pełnego życia istniejący. Tak samo zaś, jak bez użycia chemicznych czynników w prawidłowym mięśniu sercowym nie uwydatnia się istota kitowa, tak samo nie da się wytłómaczyć uwydatnianie się tej szczególnej budowy istoty kitowej jako następstwa tężcowych skurczów lub stanów przedrażnienia mięśnia sercowego w czasie konania powstać mogących, tem bardziej, gdy się uwzględni, iż istota kitowa w jednym i tym samym mięśniu sercowym w różnych częściach mięśnia a nawet w jednym i tym samym skrawku przedstawia tak różne wejrzenie i tak różne stany obok siebie.

Przeciwko szczegółowi, który dalej skłonił Recklinghausena do przypuszczenia, iż fragmentacya powstaje w czasie konania, mianowicie częstość jej w przypadkach nagłej, gwałtownej śmierci, przemawia spostrzeżenie Tedeschiego (l. c. str. 204), iż w wielu przypadkach nagłej, gwałtownej śmierci (samobójstwa, morderstwa, śmierci z przypadku wogóle) fragmentacyą można wykazać bardzo rzadko.

Na jeden jeszcze szczegół w cytowanej pracy swojej podany zwracam uwagę, t. j. na pojawianie się fragmentacyi ogniskowej (n. p. przypadek 6, 7, 10 i 16 ze statystycznego wykazu) w sercach makroskopowo prawidłowych, nie przedstawiających bynajmniej owej wiotkości, zabarwienia gliniastego tak charakterystycznego w przypadkach, w których można rozpoznać fragmentacyą wolnem okiem a w których dopiero dokładne badanie mikroskopowe wykazuje mniej lub więcej ognisk fragmentacyjnych obok prawidłowej reszty mięśnia sercowego.

Wnioski, do których doszedłem w r. 1889 a które dzisiaj na podstawie dalszych badań potwierdzić muszę w zupełności, opiewają:

1) Uwydatnianie się istoty kitowej, która w niektórych przypadkach w mięśniu sercowym na świeżo badanym jest wyraźną i to w licznych miejscach muskulatury serca a nawet w każdem prawie polu widzenia mikroskopowego, mianowicie w przypadkach, gdzie istota kitowa przedstawia się jakby napęczniała, jako szerokie a nawet prążkowane pasmo, nie jest zjawiskiem pośmiertnem. Uważam je na podstawie poszukiwań swoich jako wstępną fazę rozklejania, jako zmianę patologiczną, jako stan rozluźnienia związku komórek mięsnych pomiędzy sobą. Stan ten istoty kitowej sam przez się wpłynąć może na zdolność czynnościową serca w mniejszym lub większym stopniu.

2) Zmiana ta istoty kitowej posunąć się może aż do zupełnego rozłączenia komórek beleczki mięśnia sercowego tworzących a nawet do zupełnej zmiany budowy beleczkowej, do zupełnego nieładu w ugrupowaniu komórek mięsnych. Stan ten powstaje za życia; za tem przemawiają przypadki, w których już n. p. w 12 godzin po śmierci rozklejenie stwierdzić się dało (jakkolwiek nie udało się mnie pochwycić obrazu tego w wcześniejszym okresie pośmiertnym) a jako

dowód twierdzenia tego uważam wykazane wybroczyny mikroskopowe wśród mięśnia okazującego rozklejenie, jako też wynik badań serc wyjętych ze zwłok i badanych w różnych odstępach czasu od chwili śmierci.

3) Rozklejenie się komórek w skład beleczków mięsnych wchodzących może zająć rozległe przestrzenie muskulatury serca a wtedy staje się przyczyną niezdolności czynnościowej serca i nagłej śmierci.

4) Rozklejenie się to ograniczyć się może do pojedynczych tylko ognisk, części muskulatury a wtedy staje się przyczyną niedoskurczu różnego stopnia.

5) Rozklejenie się owe jest zmianą patologiczną wcale częstą, jak to wskazuje wykaz statystyczny powyżej podany. Na 42 badanych przypadków spotykamy się w 14 z rozklejeniem rozległem a w 4 z ogniskowem.

6) Rozklejenie się komórek powstać może w sercu, w którym utkanie mięśnia sercowego innych zmian nie przedstawia, gdzie tak naczynia a mianowicie tętnice sercowe, jakoteż tkanka łączna podścieliskowa a nawet komórki mięsne nie przedstawiają żadnych zmian.

7) Powstać ono jednakże może obok zwyrodnienia czy to ostrego czy też tłuszczowego komórek mięsnych lub też obok zwyrodnienia włóknistego ogniskowego (*myocarditis fibrosa*) tak w ścianie serca, jakoteż w mięśniach brodawkowych.

8) Rozklejenie ogniskowe może być prawdopodobnie przyczyną pęknięcia serca, jak Robin (l. c.) przypuszcza.

9) Niemniej tworzyć ono prawdopodobnie może przyczynę, podobnie jak zmiany tętnic wieńcowych serca, zwyrodnienia włóknistego ogniskowego.

Co do ostatniego punktu jestem przekonany, iż w niejednym przypadku t. zw. *myocarditis fibrosa disseminata*, w których nie można wykazać żadnej zmiany w tętnicach ani nawet ich zatkania, zwyrodnienie włókniste jest ostatecznym wynikiem ogniskowej fragmentacyi; po zupełnem rozejściu się bowiem w ogniskach ograniczonych komórek mięsnych, który to stan wyrównać się nie może, luki ztąd w mięśniu powstałe wypełnić się muszą tkanką łączną, na co zdaje się i Küster wskazywać (Rozprawy X. zjazdu międzynarodowego. T. III, część 3, str. 86).

Co się tyczy wieku, w którym fragmentacya pojawiać się zwykła, zgadzam się na podstawie licznych badań, na co już w dyskusyi nad tematem o zmianach mięśnia sercowego na X. międzynarodowym kongresie (l. c. str. 86) wskazywałem, z Tedeschim, którego rezultaty w ogólności zgadzają się z moimi, iż jakkolwiek badania co do fragmentacyi u dzieci w pierwszych latach życia wykazują wynik ujemny, nie można razem z Renautem a po części z Lanceraux twierdzić, jakoby zmiany spostrzegane wśród istoty kitowej były wyrazem starczego stanu (*involutio senilis*). Jakkolwiek bowiem bardzo często spotykamy zmiany te u starców, nierzadko znajdują się one także w wieku młodszym.

Zestawiając wyniki swoich dotychczasowych badań muszę ściśle rozróżnić stany uwydatniania się istoty kitowej tak różne, jak wspomniałem, w stanie patologicznym wejrzenie przedstawiającej, co już w mięśniu świeżym widzieć można bez użycia żadnych skomplikowanych metod badania, od stanu rozklejenia się beleczków mięsnych, rozdzielenia się komórek mięsnych, do którego stadyum jedynie nazwę fragmentacyi stósować się powinno (nazwa *fragmentacya* jest nazwą zbiorową).

Jako pierwsze, początkowe stadyum patologicznej zmiany istoty kitowej uważam uwydatnianie się pręcikowatej, jak ją w r. 1889 nazwałem, budowy istoty kitowej. (Tak samo jak pod wpływem chemicznych czynników możemy sztucznie granice komórek uwydatnić lub rozdzielić komórki i rozkleić beleczki mięsne, tak samo w stwardniałym mięśniu za użyciem właściwej metody barwienia można sztucznie uwydatnić właściwą budowę istoty kitowej, jak to wynika z poszukiwań Przewóskiego).

Jako drugie, dalsze stadyum, niekiedy w tym samym mięśniu obok pierwszego dostrzegalne, uważam owo jednolite, jakby napęczniałe wejrzenie tej istoty, co prowadzić może do stadyum końcowego, zupełnego rozklejenia, właściwej fragmentacyi, co stósownie do tego, czy zajmuje większe lub mniejsze obszary (ogniska) mięśnia surowego, musi wywierać różny wpływ na zdolność czynnościową serca.

To końcowe stadyum, rozklejenie zupełne a nawet nieład w ugrupowaniu komórek mięsnych, co, jeżeli odnosi się do znacznych partyj mięśnia sercowego, naturalnie dalsze życie czyni niemożebnem, powstaje, zdaniem mojem, jako wynik kurczenia się pęczków mięsnych o prawidłowym stanie istoty kitowej, gdyż nawet w przypadkach najrozleglejszych zmian chorobowych wogóle zawsze znajdują się prawidłowe lub przynajmniej mało zmienione elementa komórkowe lub partye tkanki. Stan ten czynny prawidłowych pęczków mięsnych może sprowadzić zupełne rozdzielenie komórek mięsnych, których związek w różnym stopniu i na różnym obszarze mięśnia sercowego już jest rozluźnionym, podobnie, jak to się dzieje w mięśniach tułowia, jakoteż mięśniu sercowym w razie woskowego lub szklistego zwyrodnienia (przypadki niewłaściwej, wrzekomej fragmentacyi) z tą różnicą, iż w przypadku prawidłowych lub nieznacznie w swych własnościach fizycznych zmienionych komórek mięsnych a głównej siedziby zmiany w istocie kitowej, rozdzielenie, rozkawałkowanie, niejako zmiażdżenie mikroskopowe mięśnia powstaje w obrębie połączenia komórek ze sobą, wśród istoty kitowej.

Czy i o ile te wśród mięśnia sercowego powstające mikroskopowe i makroskopowe zmiany klinicznie zużytkować można, jak to twierdzą Renaut i Mollard (*De la myocardite segmentaire essentielle et principalement de la forme senile de cette affection. Lyon. 1889*), nie przesądzam wcale.

Sierpień. 1893.

II. Cholera i makowiec.

Fragment terapeutyczny.

Skreślił

Dr. Ludwik Kadler.

Niema zaiste drugiej nauki tak chwiejnej, jak nasze lecznictwo. Dziś uznany środek traci, wyrażając się przez hiperbolę, już nieraz przez jednę noc, swoję popularność. Dola ta spotyka nawet środki nieomylnej niby cnoty, kanonizowane przez kapłanów całych stuleci. Za dowód posłużyć może makowiec, przeciw któremu w ostatnich czasach poczęły się podnosić u nas wrogie głosy powołanych i niepowołanych, zaprzeczające nietylko jego skuteczności w biegunce cholerycznej, ale nawet przypisujące mu działanie szkodliwe. Krok jeszcze dalej a z nader skromnego zastępu głównych naszych potęg leczniczych wyparte zostaną: chinina, rtęć i t. p. Czy jednak usuwanie takich środków,

o skuteczności których przekonały nas doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne całych stuleci, jest pożytecznem dla nauki, czy porzucanie dawnych wiernych i wypróbowanych przyjaciół, dla nowych, nie tak pewnych, przyniesie korzyść chorym? pozwalamy sobie wątpić.

Makowiec, którego nieocenione własności wogóle przed tysiącem już lat uznali Arabowie i Avicenna, ów książę lekarzy, wyrocznia umiejętności lekarskich wieków średnich, uchodził już oddawna w Indyach za najlepszy środek przeciw cholerze. W Europie, między wszystkiemi środkami przeciw cholerze używanemi, zyskał on sobie największą wziętość. Klinicy tej miary, jak: Dietl, Skoda, Oppolzer, Niemeyer, Lebert, Griesinger, Rossbach, Drasche, Haller, Kunze i ogół niemal znanych w świecie naukowym lekarzy i mających zasłużoną wziętość praktyków, używali go z najlepszym skutkiem. Tak zwane krople od cholery, cieszące się taką popularnością i znajdujące się już gotowe w każdej aptece, zawdzięczają swą skuteczność jedynie makowcowi.

„Użycie kropli przeciwcholerycznych“, powiada Niemeyer, „bez szczegółowej ordynacyi lekarza dlatego jest dozwolone, że makowiec jest jednym z najskuteczniejszych środków przeciw biegunce cholerycznej i że działanie jego tem pewniejsze, im przypadek świeższy“.

Prof. Dietl z Krakowa, jeden z najdzielniejszych klinikόw bieżącego stulecia, ścisły i bystry badacz, pozytywista w kwestyach terapeutycznych a zarazem sceptyk, w wykładzie swoim klinicznym o cholerze powiada: „W początku cholery, w pierwszym jej okresie, wystarcza w każdym prawie przypadku *opium* przy ścisłej dyecie do wstrzymania biegunki i wyleczenia chorego“ (s. 62).

John Macpherson, jeneralny inspektor szpitali angielskich armii Bengalskiej, b. naczelny lekarz szpitala w Kalkucie[1]), na zasadzie licznych spostrzeżeń, jakie poczynił w ojczyźnie cholery, powiada (s. 119): „Większość praktyków uznała makowiec w pierwszym okresie cholery za zbawienny, własne zaś moje spostrzeżenia potwierdziły cudowne działanie tego środka, którego jednak, aby był skutecznym, trzeba używać wcześnie. Jeśli jestem przekonany, powiada, że kiedykolwiek przez podanie pełnej dawki chininy zdołałem powstrzymać napad zimnicy, to również jestem pewny, że przez podanie pełnej dawki makowca powstrzymywałem w wielu razach napad cholery“.

Prof. Oser[2]), w odczycie swym wypowiedzianym w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem w październiku 1886 r., radzi w najlżejszych nawet biegunkach cholerycznych makowiec w nie za słabych dawkach. Zredagowany z polecenia ministra oświaty przez znakomitych klinikόw wiedeńskich traktat *O leczeniu cholery*, zaleca w biegunce cholerycznej „odpowiednie dawki makowca, najlepiej nalewkę z herbatą lub rumem, koniakiem, arakiem“.

Prof. Eichhorst, którego klasyczny *Podręcznik szczegółowej patologii i terapii* przełożono na wiele języków europejskich, zaleca również w biegunce cholerycznej *Tinct. opii simpl.* wraz z *Tinct. valerian. aetherea.*

[1]) Macpherson: Die Cholera in ihrer Heimat mit einer Skizze ihrer Pathologie und Therapie. Erlangen. 1867.

[2]) Vorträge über Cholera asiatica gehalten in den wissenschaftlichen Versammlungen des Wiener Medicinischen Doctoren-Collegiums im October 1886.

W Hamburgu za radą powag lekarskich, stojących na świeczniku nauki, jak donosi *Reichsanzeiger* z 30. sierpnia r. z., minister robót publicznych rozkazał rozdać konduktorom kolejowym nalewkę opiową, z poleceniem podawania jej osobom zapadającym na cholerę w czasie podróży.

Przed laty jeszcze prof. Lebert (*Ziemssenns Handbuch* s. 411) radził, aby podczas epidemii cholery środki lekarskie, zawierające opium, znajdywały się „w rękach nawet nielekarzy, właścicieli i zawiadowców wielkich fabryk, warsztatów, zakładów dobroczynnych, oddziałów wojsk a to dla udzielenia ich natychmiast chorym na biegunkę“ [1]).

Lecz nietylko spostrzeżenia kliniczne, ale i doświadczenia bakteryologiczne przemawiają na korzyść makowca. Między innymi Ermenghem[2]) wykazał, że laseczniki choleryczne po 30 minutach utracają swą żywotność w roztworze makowca 1 : 100. Własne moje spostrzeżenia, jakie miałem sposobność poczynić jako lekarz ordynujący w szpitalu cholerycznym podczas dwóch epidemij cholery w r. 1866 i 1867, potwierdzają w zupełności powyższe wyniki.

Makowiec powstrzymuje nietylko ruchy robaczkowe, ale być może i przesączanie, mające za podstawę tło nerwowe. Obniża on drażliwość włókien mięśniowych jelit i ogranicza wydzielanie treści jelit. Zgadzam się też w zupełności z poglądami Finklera, który przypuszcza, że przez zatrzymanie przesięku w jelitach laseczniki giną w swej własnej odżywce, gdyż przy rozkładzie kału rozwijają się saprofity, nie dozwalające rozwijać się lasecznikowi. Karyera więc ich szybko się kończy.

Aby jednak makowiec mógł święcić w całym blasku swe tryumfy w biegunce cholerycznej, potrzeba zadosyć uczynić pewnym wskazaniom. Wiadomo, że pierwszem pobojowiskiem cholery jest przewód pokarmowy. Tu się rozpoczyna burza, tędy przechodzi pierwszy huragan wywołany najściem hord napastniczych. Że zaś najpierwszym warunkiem jest, aby organ cierpiący pozostawał w bezwzględnym spokoju, przeto wskazaną tu jest jak najściślejsza dyeta, bez której usunięcie biegunki cholerycznej byłoby niemożliwem. Zarzuty też czynione przez niektórych lekarzy makowcowi i kwestyonujące jego skuteczność w biegunce cholerycznej, po większej części przypisać należy niezachowaniu dyety. Ze względu przeto, że u takich chorych każdy pokarm i każdy napój powiększa biegunkę, muszą oni poddać się głodowej kuracyi i poprzestać na paru łyżkach rosołu z ryżem lub kaszą, którym mogą się posilać po 3—4 razy dziennie. Dla ugaszenia i tak w tym okresie niezbyt jeszcze powiększonego pragnienia wystarcza od czasu do czasu łyżka przegotowanej i ostudzonej wody. Wszelkie zaś limonady, soki owocowe a w szczególności letnie napary z ziół i korzeni, jak również herbaty, jako łatwo wywołać mogące wymioty, są szkodliwe. Bardzo zimne lub mrożone napoje zwiększają biegunkę. Dobrze jest jednak płukać często usta wodą z lodem lub kwaśnym napojem.

Ażeby przewód pokarmowy zachować w bezwzględnym spokoju, prócz dyety, potrzebny jest spokój ciała. Każdy bowiem ruch, jak chodzenie i t. p., zwiększa ruch robacz-

[1]) Choroby zaraźliwe ostre. T. I. Przekład dzieła: Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie von prof. Dr. Ziemssen przez prof. Łuczkiewicza.

[2]) Prof. Jaworski: Zestawienie krytyczne szczegółowej profilaktyki i terapii cholery. Kraków. 1892.

kowy jelit a tym sposobem i biegunkę; spokojne zaś leżenie w łóżku w jednostajnej ciepłocie ułatwia najprędzej przeziew skóry i wsiąkanie płynu w jelitach.

Lekarz powinien więc stanowczo nalegać na to, aby dotknięty biegunką choleryczną mimo tego, że się najczęściej za chorego nie chce uważać, położył się do łóżka i pozostawał w niem, dopóki biegunka w zupełności nie ustąpi. Okoliczność, że biegunka taka po kilku lub kilkunastu godzinach może rozwinąć się w napad cholery, grożący niemal niechybną śmiercią, niechaj będzie przestrogą dla lekkomyślnych lub nieposłusznych.

W akcyi ratunkowej ważną rolę odgrywają kataplazmy lub okłady ciepłe na brzuch, lub też okłady z zimnej wody pokryte suchem prześcieradłem i pozostawione na dłuższy czas.

Działanie ich terapeutyczne tłómaczy nam znana powszechnie okoliczność, że pod wpływem wilgotnego ciepła nietylko przesięki i wysięki płynne ulegają wessaniu, ale zbite wypociny rozpulchniają się i w sprzyjających warunkach resorbują.

Uwzględniwszy powyższe okoliczności, można dopiero przystąpić z całem zaufaniem do podania makowca i liczyć na jego działanie. Ażeby jednak makowiec działał, musi być wcześnie podany. Opóźnienie jakiejś pół godziny, może uczynić użycie podanego środka bezskutecznem.

Zamiast makowca podawałem zwykle nalewkę (*tinct. opii simpl.*) po 10 kropli, w gwałtownych zaś razach po 15—20 co 1—3 godziny, w miarę zaś zmniejszania się biegunki w dłuższych przestankach. O wysokości dawki i przestankach, w jakich należy je zadawać, orzeka ostatecznie wejrzenie i obfitość wypróżnień, jak i badanie przewodu jelitowego. Na te też okoliczności winien lekarz baczną zwracać uwagę.

Proszków Dowera nie używałem a to z przyczyny, że w jakiej takiej drażliwości żołądka wywołują one wymioty a w ślad za temi i napad cholery.

W uporczywych przypadkach bardzo pomocnemi okazały się lawatywy ze *120·0—150·0 decoct. salep*, *4—8·0 amylum* i *5—20 gtt. tinct. opii simpl.*, po dwie do trzech dziennie.

W ten sposób postępując, udawało mi się zwykle w przeciągu 1—3 dni powstrzymać biegunkę choleryczną i zażegnać dalszy rozwój cholery.

Wogóle w leczeniu biegunki cholerycznej makowcem, nie należy obawiać się dużych dawek, które jedynie mogą przynieść nam pożytek i które chorzy dobrze znoszą. Lepiej już niech chory wskutek dużych dawek uskarża się na zajęcie głowy, niż gdyby z powodu użycia zbyt małych dawek miał się rozwinąć u niego napad cholery. Zresztą i w tak zazwyczaj upośledzonej resorpcyi uboczne te objawy niesłychanie rzadko się pojawiają. Trwożliwość więc tu jest zupełnie zbyteczna; wstręt do makowca zaś, jak wogóle w terapii, tak tembardziej wobec cholery, szkodliwy.

O działaniu pomyślnem makowca w biegunce cholerycznej miałem sposobność przekonać się nietylko na wielu setkach chorych, ale i na sobie samym. Żadne też teoretyczne spekulacye laboratoryjne nie zdołają zdyskredytować środka, który ma za sobą powagę niezliczonych faktów klinicznych, potwierdzonych przez całe zastępy wielkich badaczy. Makowiec rozstrzyga o losie chorego. Od umiejętności, z jaką go lekarz stósuje, zależy skutek. Słusznie też Sydenham powiedział, że bez makowca przestałaby istnieć sztuka lekarska i że lekarz umiejętnie władający makowcem, może niezaprzeczenie dokonywać cudów. Ma ten środek odrębne stanowisko i nie można go niczem zastąpić. Kto go umie używać właściwie, jest niewątpliwie mistrzem w sztuce leczenia.

III. Z zakładu dla patologii ogólnej i doświadczalnej prof. Strickera w Wiedniu.

O resorpcyi ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych.

Napisał

Dr. A. Beck.

(Dok. Patrz Nr. 38.)

Badanie narządów a szczególnie wątroby, na którą największą zwracałem uwagę, wykazało, że wątroba jest miejscem, w którem ciała znajdujące się w obiegu krwi znaleść można z pewnością. Zdaje się, że narząd ten nietylko tworzy magazyn dla nagromadzenia się ciał, które się tu dostają przez układ żyły wrotnej, lecz że zatrzymują się także tu w wielkiej części ciała krążące w dużem kole, prawdopodobnie wskutek zwolnienia krążenia krwi w rozgałęzieniach tętnicy wątrobowej. Podobnie i w śledzionie i w nerce, jak pouczyły mię preparaty, znajdywały się ciała te w dość znacznej ilości. Skrawki sporządzone z wątroby okazywały rozmaite obrazy stósownie do trwania doświadczenia. Jeżeli zwierzę zabijano po upływie 1—3 godzin po wstrzyknięciu do jamy brzusznej, to w preparatach nie znajdywano ani śladu wstrzykniętych substancyj. Im dłużej trwała resorpcya, tem więcej znajdywano wessanego ciała w preparatach a w jednem doświadczeniu, w którem pozostawiono królika po wstrzyknięciu cynobru do jamy brzusznej przez 5 dni przy życiu, zawierała wątroba tyle tej substancyi, że naczynia włosowate miały wejrzenie, jak gdyby je nastrzykano cynobrem.

Do wykazania w preparatach narządów ciał wprowadzonych do jamy otrzewnowej okazały się cynober a w drugim rzędzie karmin jako najstósowniejsze. Szczególnie cynober, który z powodu większego ciężaru wprawdzie trudniej ulega wessaniu, zato tem łatwiej zostaje złożony w naczyniach włosowatych tkanek; wykazanie zaś tego ciała dzięki własnościom optycznym, po których można go pod mikroskopem rozeznać, udaje się z nadzwyczajną łatwością. Jak bowiem wiadomo, ziarnka cynobru pod mikroskopem są w świetle przepuszczającem czarne, w świetle wpadającem zaś (po usunięciu dolnych promieni przez skręcenie zwierciadła) wyglądają czerwono i przybierają połysk ognisty. Własność ta pozwala odróżnić z łatwością ziarnko cynobru od innych ciał barwy czarnej, n. p. barwika, który w wątrobie znajduje się bardzo często.

Tak w preparatach wątroby, jak również nerki i śledziony występowały ziarnka cynobru, jak wspomniałem, w naczyniach włosowatych; w preparatach nerki, przeważnie w kłębkach Malpighiusza. Że wstrzyknięte ciała dostały się tu tylko przez krążenie, pod tym względem nie pozostawia obraz preparatów żadnej wątpliwości. Tylko w jednym przypadku, w którym doświadczenie trwało 3½ dnia, spostrzegłem pod powierzchnią wątroby i na jednem miejscu ściany brzusznej pod otrzewną nagromadzenie się cynobru,

które miało wejrzenie, jak gdyby cynober wprost dostał się tu z jamy brzusznej. I rzeczywiście preparaty wątroby okazywały posuwanie się ziarnek cynobru z powierzchni wątroby w głąb. Było to jednak jedyne doświadczenie, w którem można było wykazać tego rodzaju wnikanie cynobru do wątroby; we wszystkich innych znalazłem równe rozdzielenie substancyi wprowadzonej do jamy brzusznej w wszystkich preparatach bez względu na to, z której części wątroby preparaty sporządzono i nie mogłem nigdy dostrzedz z wyjątkiem wymienionego przypadku, znaczniejszego nagromadzenia się tych substancyj pod powierzchnią wątroby.

Z tego powodu nie mogę się przychylić do zapatrywania się Cassaeta, jakoby ciała wprowadzone do jamy brzusznej wnikały bezpośrednio w tkankę narządów brzusznych. Owszem wszystkie dotąd opisane doświadczenia przemawiają zgodnie za tem, że substancye stałe, nierozpuszczalne, wprowadzone do jamy brzusznej, dostają się do narządów tylko pośrednio przez układ naczyń limfatycznych i krwionośnych, że zatem mamy tu do czynienia z sprawą wessania w ścisłem tego słowa znaczeniu.

II.

Resorpcya z jamy opłucnowej.

Z wielu stron zaprzeczano, jakoby ciała stałe z klatki piersiowej mogły uledz wessaniu. Gdy Dybkowski, jak widać z krótkiego sprawozdania na wstępie umieszczonego, przyjmuje resorpcyę z klatki piersiowej, zaprzeczał Affanasiew jej istnienia; Fleiner zaś obserwował wessanie tuszu lub krwi z opłucny tylko aż do odpowiednich gruczołów limfatycznych, gdy limfa przewodu piersiowego (podczas sekcyi zwierzęcia badanego) była wolną od ciała wstrzykniętego.

Doświadczenia, w których podobnie, jak w doświadczeniach mających na celu zbadanie wessania z jamy otrzewnowej, nie ograniczałem się tylko na wykazaniu wstąpienia do naczyń limfatycznych ciała wprowadzonego do klatki piersiowej, lecz także szukałem go w limfie przewodu piersiowego, we krwi dużego krążenia i w narządach ciała, doprowadziły mnie do zupełnie odmiennych rezultatów.

Urządzenie doświadczeń było w głównych zarysach takie samo, jak opisane w poprzedniej części niniejszej pracy. Starałem się w pierwszym rzędzie za pomocą posrebrzania piersiowej powierzchni środka ścięgnistego, jak również opłucny żebrowej przekonać się, czy istnieją tu komunikacye pomiędzy naczyniami limfatycznemi a jamą opłucnową. W drugiej seryi doświadczeń wprowadzałem królikom i psom do jednej jamy opłucnowej jedno z wspomnionych ciał (karmin, cynober, pył węglowy, skrobia, oliwa zabarwiona alkaną), którego następnie szukałem w naczyniach limfatycznych opłucnej, w krwi i w narządach (w płucu, wątrobie, nerce i śledzionie). Oprócz tego wykonywałem także takie doświadczenia, w których zbierałem i badałem mikroskopowo limfę przewodu piersiowego, w celu oznaczenia czasu, w którym zjawiają się pierwsze ślady substancyi wessanej z klatki piersiowej.

Ze względu na podobieństwo, jakie doświadczenia te miały do doświadczeń z wessaniem ciał stałych z jamy brzusznej, nie będziemy się długo zastanawiali nad sposobem ich urządzenia i przebiegiem, lecz ograniczymy się tu do krótkiego zestawienia wyników, których dostarczyły mi te badania.

W wielkiej liczbie preparatów, które sporządziłem z przepony różnych zwierząt (świnki morskie, króliki, psy, koty) przez działanie rozczynem azotanu srebrowego na jej powierzchnię opłucnową, nie mogłem nigdy znaleść otwartych komunikacyj między klatką piersiową a naczyniami limfatycznemi przepony, owych przewodów wysłanych śródbłonkiem, jakie wykazałem po stronie brzusznej środka ścięgnistego. Zgadza się to najzupełniej ze spostrzeżeniem, o którem będzie mowa, że po wprowadzeniu różnych substancyj do klatki piersiowej naczynia limfatyczne przepony wcale nie wypełniają się temi substancyami· Jeżeli przytem zważymy, że pomiędzy komórkami śródbłonkowemi powierzchni piersiowej środka ścięgnistego znajdujemy zupełnie takie same twory, jakie Recklinghausen i Oedmasson opisali jako *stomata*, musimy koniecznie nabrać przekonania, że ani owych czarnych plam, występujących po posrebrzeniu pomiędzy komórkami śródbłonkowemi, ani białych okrągławych pól nie możemy uważać za twory prowadzące do światła naczyń limfatycznych. Albowiem, gdyby to rzeczywiście były komunikacye między jamą opłucnową a naczyniami limfatycznemi przepony, musiałyby te ostatnie wypełniać się substancyami wprowadzonemi do klatki piersiowej: tymczasem rzecz ma się zupełnie inaczej. Naczynia limfatyczne przepony tworzą układ, który wyłącznie komunikuje z jamą otrzewnową i do którego dostają się tylko substancye z jamy otrzewnowej wessane.

W klatce piersiowej znajduje się osobna sieć naczyń limfatycznych, która z naczyniami przepony wcale nie jest w związku, mianowicie jak już wykazali Dybkowski i Fleiner, w opłucny ściennej (*pleura parietalis*) i w opłucny śródpiersiowej (*pleura mediastinalis*). Po wprowadzeniu różnych substancyj do jednej strony klatki piersiowej, do czego posługiwałem się głównie cynobrem i delikatnym pyłem węglowym roztartym z oliwą, w niektórych doświadczeniach także krwią, skrobią, karminem i oliwą zabarwioną za pomocą alkany, znajdywałem sieć naczyń limfatycznych tak w opłucny żebrowej jak i w wśródpiersiu, stósownie do trwania doświadczenia i rodzaju substancyi wprowadzonej, mniej lub więcej wypełnione. Nie udało mi się jednak na opłucny żebrowej wykryć prawdziwych *stomata*, jak również znaleść drogi, którędy ciała wprowadzone do klatki piersiowej dostają się do sieci naczyń limfatycznych. Jest bowiem rzeczą nader trudną po posrebrzeniu opłucny żebrowej, oddzielić ją razem z tkanką podopłucnową od ściany klatki piersiowej, jak tego potrzeba w celu przygotowania do badania mikroskopowego, nie naciągając ani nie rozrywając błony samej i naczyń limfatycznych. Każde zaś naciągnięcie zmienia w znacznym stopniu prawidłowy obraz mikroskopowy. Z tego powodu przestałem na razie szukać otworów w opłucny żebrowej i śródpiersiowej i zająłem się głównie śledzeniem ciał wprowadzonych do jamy opłucnowej w obiegu krwi i narządach.

Jak już na wstępie podałem, postępowali autorowie za resorpcyą ciał stałych z klatki piersiowej tylko do dróg limfatycznych i istnieje przypuszczenie, że ciała wessane, dostawszy się do gruczołów limfatycznych, w nich się zatrzymują. Gruczoły limfatyczne tworzą, według tego przypuszczenia, rodzaj sączka, który przeszkadza przejściu tych ciał do ogólnego obiegu. Wypadki z moich doświadczeń niezupełnie są zgodne z tem zapatrywaniem się. W dwóch doświadczeniach, z których w jednem wprowadziłem do jednej jamy opłucnowej krew ptasią, w drugiem karmin w zawie-

sinie wodnej, udało mi się, prawda, że po upływie względnie długiego czasu (koło 6 godzin), ślady tych ciał wykazać w limfie wypływającej z przewodu piersiowego. Ponieważ według doświadczeń Dybkowskiego i Fleinera wnikanie do naczyń limfatycznych substancyj wprowadzonych do klatki piersiowej odbywa się dość szybko a nawet wystarcza kilka głębszych oddechów, aby substancye te wpędzić do pierwszych dróg limfatycznych, zdaje się, że rzeczywiście gruczoły limfatyczne są przyczyną zwolnienia resorpcyi. Zwolnieniu temu przypisać też musimy to, że w doświadczeniach innych autorów, w których zabijano zwierzęta za wcześnie (Fleiner zabijał je w 5—45 minut po wstrzyknięciu tuszu lub krwi do klatki piersiowej), nie znajdywano wstrzykniętych do jamy opłucnowej substancyj w obiegu krwi ani nawet w przewodzie piersiowym. W doświadczeniach moich zwierzęta pozostawały przy życiu przynajmniej 2 godziny, zazwyczaj jednak 24 godzin a czasem nawet do 4 dni.

W ciągu tego czasu badałem często krew a po zabiciu zwierzęcia otwierałem przede wszystkiem jamę brzuszną, aby przed wydobyciem się substancyi wstrzykniętej z klatki piersiowej wyciąć kawałeczki z wątroby, nerki i śledziony w celu badania na świeżo i przygotowania z nich preparatów stałych. Dopiero, gdy kawałeczki te wyjąłem i badanie na świeżo ukończyłem, otwierałem klatkę piersiową, badałem krew z serca prawego i lewego, jakoteż opłucną i płuco.

We krwi wziętej ze zwierzęcia żywego, udało mi się raz jeden tylko w doświadczeniu, które trwało 4 dni, wykazać obecność cynobru wstrzykniętego do klatki piersiowej; w wszystkich innych doświadczeniach krócej trwających badanie krwi dawało wynik ujemny. Pochodzi to prawdopodobnie ztąd, że wessanie z klatki piersiowej odbywa się jeszcze wolniej, niż z jamy brzusznej. Zato można było ciało wprowadzone do klatki piersiowej z wszelką pewnością odnaleść w naczyniach włosowatych wątroby, nerki i śledziony, jeżeli zwierzę żyło przynajmniej 10 godzin po injekcyi. Jeżeli zwierzę zabito zawczasu (w 2—3 godzin), to ani śladu, ciała wstrzykniętego nie znalazłem w organach; w miarę zaś dłuższego trwania doświadczenia ilość substancyi w tych narządach złożonej była większa.

Obecność ciał stałych wprowadzonych do klatki piersiowej w wątrobie, nerce i śledzionie, nie pozostawia już chyba żadnej wątpliwości, że ciała te dostały się tu tylko przez obieg krwi. O bezpośredniem wędrowaniu ciał tych przez przeponę nikt nie może myśleć wobec tego, że przepona jest zupełnie od nich wolną. Wreszcie okoliczność, że w doświadczeniach, w których zbierałem limfę z przewodu piersiowego a zatem wykluczałem zupełnie u zwierzęcia krążenie limfy do krwi, nie mogłem we krwi ani w narządach znaleść substancyj wprowadzonych do jamy brzusznej lub opłucnowej, stanowi jeden dowód więcej, że resorpcya ciał stałych z obu tych jam odbywa się jedynie i wyłącznie za pośrednictwem układu limfatycznego.

Że pewna część ciał wessanych, czy to z jamy brzusznej czy też z klatki piersiowej, w czasie gdy już dostały się za pośrednictwem naczyń limfatycznych do układu krwionośnego, zostaje pochłonięta przez leukocyty, jest rzeczą prawdopodobną a nawet bardzo przemawiają za tem znane doświadczenia z wprowadzeniem substancyj sproszkowanych wprost do krwi. Jednakże na podstawie dotychczasowych doświadczeń nie mamy prawa do przypuszczenia, jakoby sprawa resorpcyi ciał stałych z jam surowiczych polegała tylko na fagocytozie.

Tak jak w badaniach eksperymentalnych ciałka krwi, cynobru i inne dostają się wolne z jam surowiczych do limfy, tak bez wątpienia w przebiegu spraw chorobowych ciałka krwi wynaczynionej lub składniki morfotyczne wysięków zapalnych mogą z jam surowiczych bez współudziału leukocytów uledz wessaniu wszedłszy przez odpowiednie komunikacye do naczyń limfatycznych, skąd się dopiero dostają do ogólnego obiegu krwi.

Inaczej rzecz się ma z płynami i ciałami rozpuszczalnemi. Te, jak badania Notkina wykazały, dostają się przez dyfuzyę do naczyń krwionośnych włosowatych; ulegają więc wprost wessaniu z ominięciem układu limfatycznego.

Kończąc niniejszą pracę, uważam za miły obowiązek złożenie wyrazów wdzięczności p. prof. S. Strickerowi za pozwolenie korzystania z obfitego materyału i za cenne wskazówki, których mi nie szczędził w ciągu tej pracy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Terapia.

Borówka (*vaccinium myrtillus*) **w lecznictwie.**

Na tę roślinę, znaną u nas oddawna jako lek ludowy, zwrócono uwagę w ostatnich czasach z kilku stron.

W borówce wykryto następujące składniki chemiczne: kwasy cytrynowy, jabłkowy, garbnikowy, cukier, pektynę, olej, barwik, któremu sok borówkowy prawdopodobnie zawdzięcza działanie przeciwgnilne.

Polecenia terapeutyczne tego środka u nas tak pospolitego podano dotąd jak następuje:

Przeciw rozmaitym rodzajom biegunki, w których makowiec i leki szczmiące były bez skutku, widział Winternitz jeszcze skutecznym odwar borówek, który w ten sposób przyrządza, że nalewa na borówki zimną wodę, gotuje przez 2 godziny, cedzi i pozostawia ciecz w chłodnem miejscu. Z tego odwaru poleca W. wypić 1—3 filiżanek. Odwar działa tu jako środek szczmiący i przeciwfermentacyjny a działanie okazało się dobre nawet w biegunkach u suchotników.

W wiewiórze (tryprze ostrym i przewlekłym) używał Winternitz również odwaru borówczanego w postaci wstrzykiwań w 6 przypadkach z dobrym skutkiem. To działanie wskazuje, że w borówce znajdują się ciała przeciwgnilne.

Przeciw *leukoplakia buccalis* używał Pel z dobrym skutkiem płukań jamy ustnej trzy razy dziennie odwarem borówczanym (250 na 1500, odparować do 750).

Wreszcie przeciw cukrzycy (*diabetes mellitus*) używał R. Weil u 3 chorych z dobrym skutkiem liści borówczanych w postaci odwaru (2 garści na 2 litry wody) lub wyciągu po 1·0 dziennie. Po kilkutygodniowem używaniu tych przetworów i przy stósownej dyecie cukier znikał z moczu.

Ostatecznie często używają w Niemczech i w Szwajcaryi wina borówczanego, wyrabianego w celach leczniczych. Stósowanie borówek w tej postaci wydaje się bardzo racyonalnem, gdyż z przyczyny obecności wyskoku i ciał eterycznych wytworzonych we winie, działanie i wessalność składników leczniczych borówki bywa szybsze i energiczniejsze a działanie przeciwgnilne znaczniejsze. Wino borówczane ma zastósowanie jako dobry środek pomocniczy w leczeniu nieżytów żołądka i jelit, połączonych z biegunką lub skłonnością do niej, w sprawach fermentacyjnych w przewodzie pokarmowym, zwłaszcza u dzieci, jakoteż w cukromoczu i białkomoczu. *J.*

James B. Herrick (w Chicago): **Dyuretyna.**

Prof. Herrick zestawia w pracy swej skutki lecznicze dyuretyny w ten mniej więcej sposób:

1) Dyuretyna działa wprost pobudzająco na przybłonki nerek i jest z tego powodu wskazaną w rozległej puchlinie.

2) Dyuretyna jest znakomitym środkiem w puchlinach powstałych z powodu wad zastawkowych serca a skutkuje nawet wtedy, gdy naparstnica i inne środki wzmacniające czynność serca odmówiły swego działania.

3) Można połączyć korzystnie dyuretynę z naparstnicą i innemi podobnie działającemi środkami.

4) Dyuretyna wpływa prawdopodobnie nietylko na nerki ale i na serce, zwalniając i wzmacniając czynność jego.

5) Środek ten wywiera także korzystny wpływ w niektórych chorobach połączonych z zboczeniami w krążeniu, jak n. p. w zapaleniu mięśnia sercowego (*myocarditis*), w zapaleniu osierdzia, w tętniakach i stwardnieniu tętnic (*arteriosclerosis*), jednakże działanie jego jest tu o wiele niepewniejsze, niż w zboczeniach zastawek serca.

6) W puchlinie będącej następstwem zapalenia nerek można podawać dyuretynę bez obawy zadrażnienia nerek. W przypadkach, w których przybłonek nerkowy uległ już zmianom, dyuretyna wcale nie działa.

7) Na puchlinę skórną (*anasarca*), powstałą skutkiem zboczeń w krążeniu żyły wrotnej, jak również i w przebiegu marskości (*cirrhosis*) wątroby, dyuretyna nie wywiera żadnego wpływu.

8) Niekiedy spostrzega się po zadawaniu dyuretyny wymioty, ból głowy, rozwolnienie, rzadziej wysypkę skórną.

9) Podawać należy dyuretynę w dawce największej 10 grm., w średniej po 5—8 grm. dziennie, po gramie. W połączeniu z środkami nasercowemi zadaje się mniejsze dawki.

10) H. przepisuje dyuretynę w wodzie lub mleku, w pigułkach lub kapsułkach i zaleca unikanie kwasów a zażywanie środka w przerwach pomiędzy ucztami. (*The journal of the american medical association. Chicago. 11. marca 1893*).

B..k.

Przegląd terapeutyczny.

— Wprowadzona do terapii przed niejakim czasem, jako połączenie chemicznie ściśle określone, antyseptyna jest prostą mięszaniną 85% siarkanu cynkowego, 10% kwasu borowego, tudzież po 2·5% jodku cynku i tymolu.

— Chloryl jest nowym środkiem znieczulającym powstałym ze zmięszania chlorku metylu z chlorkiem etylu i jest płynnym w temperaturze 0°, gdy chlorek metylu wrze w temperaturze już —27° C.; chloryl przeto nie oziębia tak energicznie, jak chlorek metylu i dlatego nadaje się do chirurgii dentystycznej i do małych operacyj.

— K. Gralewski opisuje we *Wraczu* (nr. 25 z r. 1893) trzy przypadki nosacizny u ludzi i to jeden nosacizny ogólnej, dwa zaś nosacizny miejscowej, powstałe przez zarażenie się od przypadku pierwszego, który wkrótce po rozpoznaniu przez autora zakończył się śmiercią. Otóż w obu tych przypadkach nosacizny miejscowej po otworzeniu i zdesinfekcyonowaniu ropni, użył autor z najlepszym skutkiem szaruchy po 4 gramy dziennie (razem w jednym 48 gramów, w drugim 200 gramów). Przytej sposobności zwraca autor uwagę na trzy okoliczności: 1) że od chorego pierwszego zaraziło się dwie osoby dorosłe, nie zaraziło się zaś troje dzieci, które z nim razem spały; 2) we wszystkich trzech przypadkach mimo starannego badania nie wykazano żadnych zmian chorobowych w nozdrzach; 3) nie wystąpiło mimo tak długiego używania szaruchy zapalenie właściwe błony śluzowej jamy ustnej (*stomatitis*).

Notatki terapeutyczne.

E. Stern w Mannheimie zwraca uwagę, iż maści w aptekach przyrządzane nie zawsze są jednostajne, że nieraz zawierają w sobie ziarna i grudki i drażnią skórę w sposób niepodobny do wytłómaczenia z działania składników. Przyczyna tkwi w tem, że maści, do których wchodzi proszek, aptekarz przyrządza w ten sposób, że proszek zarabia naprzód z wodą, wyskokiem lub oliwą i dopiero potem dodaje właściwej zaróbki, a ponieważ bardzo wiele chorób skórnych, jak n. p. wyprysk, trądzik (*acne*), czeraki, figówka (*sycosis*), nie znosi nawet najczystszych olejów zwierzęcych i roślinnych, przeto maści w ten sposób przyrządzone nietylko tych chorób skórnych nie leczą, ale po prostu nawet je nieraz pogarszają.

Także i względy techniczne przemawiają za sporządzaniem maści przez bezpośrednie utarcie leku z zaróbką, bo maści takie mają wejrzenie jednolite i składnik skuteczny jest w nich rzeczywiście wszędzie równo rozdzielony, jeżeli oczywiście aptekarz zada sobie pracy.

Jeżeli przeto lekarz chce mieć maści należycie przyrządzone i dobrze działające, winien aptekarzowi wskazać wyraźnie sposób ich przyrządzania polegający na tem, by podstawę maści (a zatem proszek, wyciągi, sole, płyny i t. d.) rozcierano wprost ze zaróbką, oczywiście, jeżeli w ten sposób da się maść zrobić, bo niektóre ciała nie dające się zetrzeć na miał delikatny, jak n. p. resorcynę, trzeba koniecznie naprzód zarobić z ciałem, w którem się rozpuszczają, a potem dopiero dodać właściwej zaróbki.

E. Stern podaje następujące przepisy na przykład:

Maść borowa:

115) Rp. *Acidi borici subtilissime pulverati* 10·00
Tere exactissime directe cum
Vaselini flavi 90·00

Maść salicylowa:

116) Rp. *Acidi salicylici subtilissime pulverati* 2·00
Tere exactissime directe cum
Vaselini flavi 48·00
Adde
Lanolini 50.00

Maść glejtowo-borowa:

117) Rp. *Acidi borici subtilissime pulverati* 10·00
Tere exactissime directe cum
Vaselini flavi
Lanolini *āā* 20·00
Adde
Empl. lithargyri simpl. 50·00
Leni igne liquefacti.
M. f. ungtum usque ad refrigerationem agitandum.
D. n.

(*Ther. Mtshefte. Lipiec. 1893*).

V. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37.)

Każdym razem, gdy tylko przedstawia mi się sposobność roztrząsania wschodnich stosunków zdrowotnych, wypada mi zawsze sięgnąć aż ku granicy turecko-perskiej, przebiedz myślą obszerne przestrzenie, by śledząc ustalanie się chorób zakaźnych lub powstawanie ich ognisk w Kurdystanie, Mezopotanii i Chaldei, zanotować, czy też w przeciągu ostatnich paru lat zaszły tam pewne zmiany, dążące ku polepszeniu ogólnych warunków higienicznych? Więc też i obecnie pozostawiając pieczołowitości rządów i władz kompetentnych czuwanie przy dwóch głównych wrotach, jakiemi plaga indyjska zwykle dostaje się do Europy, rozstaniemy się z malowniczemi wybrzeżami Syryi, i zatrzymawszy się

chwilkę przy tak zwanej *Derb - el - Hadż* czyli drodze, jaką muzułmańscy pielgrzymi powracają z Mekki do Małej Azyi, podążymy ocenić obecną sytuacyę miejscowości położonych w pobliżu perskiej zatoki, gdzie od przeszłego roku walczy się ponownie z wybuchami, raz dżumy, to znowu cholery, lub z obu temi chorobami jednocześnie choć w odmiennych zawsze punktach.

Na południe od Damaszku, wpośród licznych dopływów Jordanu, sztucznych kanałów ułatwiających ściek wód górskich, w nieznacznej oddali od syryjskiego pasma Hauran, przez doliny zasiane licznemi wiejskiemi osadami, raz kryjącemi się w cieniu ogrodów lub też znowu ukazaniem się wyniosłej *Phoenix dactylifera* przypominającemi blizkość pustyni rysuje się droga wydeptana stopami wielbłądów i koni, znana z corocznego przejazdu świetnej karawany wiozącej podarki sułtańskie dla grobu proroka i przebywana przez pielgrzymów udających się do Mekki i z powrotem. Od niezbyt dawna, bo od 14 niespełna lat, wkrótce zatem po zamknięciu międzynarodowej konferencyi sanitarnej w Carogrodzie i na wniosek delegatów rządu francuzkiego, ten szlak również uznano za wrota, jakiemi choroby z cechą zakaźną a przedewszystkiem cholera, dostawały się do Syryi i dalszych północnych prowincyi. Przykłady rozwleczenia zarazy tą drogą i przez samych li tylko pielgrzymów, potwierdzono w roku 1871, 1875, 1884 i 1890. Konieczność więc nałożenia sanitarnego hamulca na tę drogę a przynajmniej na pewne części jej przebiegu, stała się kwestyą porządku dziennego w obradach zarządu zdrowia. Dotąd bowiem karawana z pielgrzymami opuściwszy Mekkę i wypocząwszy w Medynie, w liczbie kilku set jezdnych i licznego orszaku pieszych przybłędów, kierowała się do miasta Tebouk, zaznaczającego północną granicę prowincyi arabskiej El-Hedżaz. Ztąd (opłaciwszy się suto Arabom z plemienia Wahabyth, owym sławnym rabusiom pustyni, choć również Muzułmanom, to jednak uważających za jedyną świętość dźwięczne talary Maryi Teresy), ruszano przez Arabię Kamienistą ku miastu Rabbad el Amon, położonemu już na granicy południowej Syryi. Czas potrzebny na przebycie konno tej przestrzeni obliczano na dni 37 w porze letniej a na dni 23, gdy uroczystości muzułmańskie przypadały w innych porach roku. Zwykle tak poważna karawana jest powierzoną kierunkowi jednego z tureckich pałacowych dygnitarzy. Nie brakuje też w niej i lekarzy jużto mających prawo do noszenia tej nazwy, najczęściej jednak domorosłych tylko znachorów, tchnących wielce wygórowanym fanatyzmem. Od chwili bowiem opuszczenia Mekki, aż do własnych zagród, cała ta masa pielgrzymów pozostaje pod wpływem wrażenia, jakiego doznali przy Kaabie i grobie Proroka. Kiedy zaś w ciągu długiej podróży przez pustynie zajdzie jaki przypadek chorobowy, choćby śmierć nawet, jest to uważanem za dar łaski niebios i wszelkie zapobieganie złemu ma się za zbyteczne. — To też piaski pustyni pochłonęły już wiele tego rodzaju ofiar a zwykłe punkta przystanków, wybornie już nasiąknęły pozostawianemi corocznie resztkami pielgrzymich odpadków. W takich więc okolicznościach lekarz pomimo, że Muzułmanin, musi ukrywać swój zawód a przynajmniej unikać natrętnego pośrednictwa. Znalazłby się bowiem w kłopocie, gdyby usiłował działać jako człowiek zawodu; w zasadzie bowiem uważają go pielgrzymi za istotę szkodliwą, dla własnego interesu i przez straszenie podróżnych, wynajdującego pewne stany chorobowe. Więc też za swą niewyrozumiałą natarczywość naraziłby się, co najmniej, na pozostawienie siebie w pustyni.

Z tego też to właśnie powodu sytuacya zdrowotna pielgrzymów w czasie podróży, pozostawała zawsze ukrytą. I tylko wybuch cholery wkrótce po przybyciu karawany do Syryi, był przekonywającym dowodem, że pierwiastek chorobotwórczy wniesiono tą drogą. Zadecydowano więc temu zapobiedz a to tem spieszniej, że część pielgrzymów przybywszy do Damaszku, udaje się do przystani syryjskich nad morzem Śródziemnem wtedy, gdy inna kolumna karawany podąża drogą lądową ku Carogrodowi. Otóż w tym celu wybrano miejscowość zwaną Kaleh Ain Zerka (biblijny Gadd), i tu ustanowiono posterunek sanitarny dla poddawania pielgrzymów kilkodniowej obserwacyi lekarskiej i nie wypuszczano ich z pod dozoru, jak tylko po ścisłem przekonaniu się, że stan zdrowotny między nimi jest w pełni zadawalniającym. Wybrany punkt, oddalony od Damaszku o sześć dni drogi konno, położony przy ostatnich skłonach górskiego pasemka Dżebel Sour i nad rzeczką Zerka a zatem zaopatrzony w dostateczną ilość dobrej wody, zupełnie odpowiada swemu zadaniu, mianowicie gdy przed kilkoma laty zbudowano tu lazaret i jego zarząd powierzono jednemu z lekarzy Europejczyków. Sam posterunek zbudowany nad wybrzeżami rzeczułki, składa się z kilku długich budowli parterowych i wielu namiotów w liczbie stósownej do ilości pielgrzymów, nad którymi czuwa kilku strażników sanitarnych, cztery plutony piechoty z odpowiednią ilością jeźdźców, wysyłanych corocznie z Damaszku na czas powrotu karawany z Mekki. Dzięki więc temu zarządzeniu i z całą surowością stósowanym przepisom sanitarnych ostrożności, potrzebną ze względu na niesforne tłumy pobożnych pątników, udało się zapobiedz, jeżeli nie zupełnie, to przynajmniej w większej części, rozwlekaniu się chorób zakaźnych wyniesionych z Arabii. Wprawdzie i po rekolekcyach sanitarnych w Ain-Zerka zauważono wybuchy cholery w Syryi; to jednakże należy przypisać następnej okoliczności: Powracający pielgrzymi, wiedząc o tem, co ich czeka na granicy syryjskiej, już na parę dni przed przybyciem do posterunku sanitarnego, zaczynają się wymykać ze składu karawany i korzystając z miejscowości przez nikogo niestrzeżonej, cofają się ku Palestynie, by następnie dostać się na wybrzeże morza. W karawanie zaś pozostają ci tylko, co są zmuszeni dążyć dalej na północ. Od czasu wszakże, jak świętej wędrówce towarzyszy oddział wojskowy, podobne zmykanie zdarza się daleko rzadziej. Niemniej jednak byłoby pożądanem, ażeby władze tureckie, zdecydowawszy się na zmianę tradycyjnego powrotu karawan z pielgrzymami z Mekki, ustanowiły szereg posterunków sanitarnych i na zachód od uświęconej *Derb-el-Hadż*. Bo tem jedynie zarządzeniem dałoby się przeprowadzić to, cośmy już zastósowali w roku 1883—84, rozciągając łańcuch posterunków od strony pustyni syryjskiej dla zabezpieczenia północnych obszarów od dostania się dżumy z nad wybrzeży Eufratu. Również byłoby stósownem zaopatrywanie pątników w sanitarne karty podróżne, które polecone przez profesora Prousta, wydały już we Francyi tak pożądany rezultat. Pielgrzym zaopatrzony w podobną kartę i uprzedzony, że wtedy tylko zostanie ona prawomocną, gdy będzie zaopatrzona w pieczęć urzędu sanitarnego w Ain-Zerka, musiałby trzymać się karawany, by uniknąć kary w razie, gdyby mu udowodniono, że umknął przed pod-

daniem się przepisanym ostrożnościom. Do tego jednak potrzeba, ażeby i władze syryjskie zrozumiały całą doniosłość podobnego systemu i poparły go z całą energią, by raz przecie przekonać pielgrzymujących, że przymusowy ich wypoczynek w Ain-Zerka ma jedynie na celu obronę kraju i własnych ich siedzib od zarazy, której cechy i skutki mieli sposobność poznać w okolicach Mekki. Na to jednak długo jeszcze wypadnie czekać pomimo najlepszych chęci władzy centralnej a i wszelkiego poparcia ze strony wielkorządzców Damaszku. (C. d. n.)

VI. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38.)

III. dzień zjazdu dnia 13. lipca. Posiedzenie V. o g, 10. rano.

Z powodu choroby Dra Gabryszewskiego zapowiedziany przez niego wykład: O wynikach leczenia operacyjnego gruźlicy stawów i kości (z przedstawieniem chorych) oraz wykład Dra Słapy: O wynikach konserwatywnego leczenia gruźlicy stawów i kości nie mogły dojść do skutku. Żałowano niezmiernie, że dyskusyą nad tą ważną kwestyą musiano odłożyć na kiedyindziej, zwłaszcza, że miała ona być niejako dalszym ciągiem odnośnych obrad zjazdu zeszłorocznego, na którym prof. Obaliński w porozumieniu z prof. Rydygierem tę sprawę poruszył oraz zainicyował zbiorowe badania w tej kwestyi. Na zjeździe zeszłorocznym przedstawiano i roztrząsano wyniki lecznicze w gruźlicy stawów i kości, uzyskane w oddziale szpitalnym prof. Obalińskiego; w roku bieżącym miano przedstawić wyniki lecznicze, otrzymane w klinice chirurgicznej prof. Rydygiera, oraz w oddziale chirurgicznym szpitala dziecinnego św. Ludwika, pozostającym również pod dyrekcyą prof. Rydygiera.

Prof. Rydygier cofa swój zapowiedziany wykład: O wycinaniu włókniaków macicy wobec wielu wykładów, zapowiedzianych przez innych członków zjazdu oraz wobec nielicznego udziału ginekologów w tegorocznym zjeździe chirurgów polskich.

Prof. Rydygier komunikuje członkom zjazdu, że porozumiał się bliżej z kolegami z Warszawy w sprawie umieszczania dokładnych sprawozdań, w *Przeglądzie chirurgicznym*, wydawanym przez Dra Krajewskiego. Po bliższem rozpatrzeniu się w tej sprawie, dochodzi prof. Rydygier do wniosku, że umieszczanie prac zjazdu jako całości we wspomnionym pamiętniku przedstawiałoby pewne trudności i mogłoby być niedogodnem zarówno dla autorów, jako też i dla samego wydawcy. W r. b. pamiętnik zjazdu wyjdzie z pewnością, najpóźniej w październiku; jest więc pożądanem, by autorzy przysyłali swoje wykłady pod adresem sekretarza zjazdu, doc. Dra Bossowskiego w ciągu najbliższych czterech tygodni. Jeśli który wykład nie zostanie w ciągu tego czasu nadesłanym, wydrukuje się go w pamiętniku według notatek stenograficznych. Gdyby fundusze nie pozwoliły wydać w pamiętniku rozpraw zjazdu w całości, prosi prof. Rydygier o upoważnienie ze strony członków zjazdu do zarządzenia odpowiednich skróceń w sprawozdaniach z dyskusyi.

Prof. Obaliński nadmienia, że najdłuższy wykład na tegorocznym zjeździe, t. j. jego własna praca o niedrożności jelit wyjdzie w całości mniej więcej w tym samym czasie, co i pamiętnik zjazdu i prawdopodobnie będzie drukowany w tej samej drukarni; ta okoliczność ułatwi więc wydawnictwo pamiętnika, gdyż będzie można skorzystać z tego samego odbicia.

Dr. Sawicki uprzedza, że nie będzie mógł nadesłać swoich wykładów w ciągu najbliższych 4-ech tygodni, gdyż wybiera się z Krakowa w dalszą podróż na kilka tygodni.

XV. Prof. Pieniążek (z Krakowa): Przypadek raka nagłośni, operowany za pomocą *pharyngotomia subhyoidea.*

Prof. Pieniążek referuje o własnym przypadku raka nagłośni, który przechodził na fałdy nalewkogłośniowe (*plicae aryepiglotticae*) i był operowany już w późnym okresie choroby, t. j. wówczas, gdy cierpienie względnie zaszło daleko. Trzeba było wyciąć całą głośnię aż do dna; ażeby módz wyciąć wszystkie zajęte przez raka części, połączył prof. Pieniążek *pharyngotomiam subhyoideam* z laryngofisurą; tracheotomii przedtem nie zrobiono. Krwotok podczas operacyi był bardzo znaczny. Wprowadzono duży tampon do *cavum pharyngis* i wciągnięto go ku krtani, pod nim założono kaniulę w *lig. conicum*; chorego żywiono przez sondę, rana się zagoiła i stan po operacyi był wcale dobry. Jak z góry przewidywano, chory po wycięciu nagłośni łykał zupełnie dobrze. W przypadku prof. Pieniążka wystąpiła recydywa dosyć wcześnie; prawdopodobnie przypadek ten dałby się był uratować, gdyby radykalną operacyę wykonano wcześniej, zanim rak tak znacznie się rozprzestrzenił; tymczasem w przypadku tym chory zgłosił się do operacyi zbyt późno. Prof. Pieniążek sądzi, że *pharyngotomia subhyoidea* w przypadkach raka nagłośni jest uzasadniona i może dać dobre wyniki. Niebezpieczeństwo ze spływania krwi do tchawicy można usunąć, operując przy zwieszeniu głowy lub też założywszy kaniulę tamponową. Metoda ta nadaje się tembardziej w przypadkach dobrotliwych nowotworów nagłośni, nie dających się usunąć endolaryngealnie. Operując w powyższy sposób, ma się doskonały przystęp do części chorobowo zmienionych.

XVI. Dr. Sawicki (z Warszawy): O stopie końskiej wskutek zapalenia żył.

Pomimo to, że zapalenie żył jest cierpieniem stósunkowo częstem, powstanie stopy końskiej na tem tle należy do rzadkości. W przypadkach takich oprócz zwykłych objawów występuje charakterystyczny skurcz i nieruchomość palców stopy. Objaw ten polega na skurczu zginacza wspólnego długiego, zginacza palucha długiego i goleniowego tylnego. Zapalenie, szerzące się w sąsiedztwie żył przechodzi na mięśnie i wywołuje w nich ów charakterystyczny skurcz. Leczenie polega w podobnych przypadkach na masowaniu, elektryzowaniu mięśniów przeciwniczych oraz przecięciu ścięgna.

Dr. Sawicki obserwował 2 przypadki stopy końskiej powstałej wskutek zapalenia żył u robotników, zajętych kopaniem ziemi. W przypadku pierwszym wystąpiło zapalenie około żyły *saphenae maj. et minoris* u 30 letniego robotnika; po jakimś czasie stopa przybrała ustawienie stopy końskiej a palce przykurczyły się i pozostawały nieruchome w tem położeniu. Ruchy bierne palców były możliwe, ale bolesne. Również naciskanie na palce było bolesne. Ucisk na masy mięsne łydki nie wywoływał bolu, ale na łydce można było wyraźnie wykazać pewne punkta bolesne, odpowiadające przebiegowi żył. — Chory wypisał się ze szpitala ze znaczną poprawą; chodzenie jednak pozostało bardzo utrudnionem. W drugim podobnym przypadku wystąpiło cierpienie na obydwu nogach; na jednej palce były zupełnie nieruchome, na drugiej ruchy palców były tylko w znacznym stopniu ograniczone. W przypadku tym stósowano wcierania, wilgotne okłady z kwasu karbolowego, kąpiele i masowanie. Cierpienie było bardzo uporczywe. Po dwumiesięcznym pobycie w szpitalu, chory rozpoczął próby chodzenia, lecz stopy męczyły się przy tych próbach bardzo prędko. Chód tego chorego był bardzo charakterystycznym: wysuwał jednę nogę naprzód, opierał się na kulach, posuwał drugą nogę na palcach i nagle zmieniał sytuacyę.

Prof. Obaliński nadmienia, że obserwował podobny przypadek, ale nie było w nim opisanych przez Dra Sawickiego objawów na palcach.

XVII. Dr. Sawicki (z Warszawy): Przyczynek do etyologii wrodzonych zwichnień stawów.

Mowca demonstruje fotografije dziecka, przedstawiającego liczne zmiany patologiczne w stawach oraz mięśniach wszystkich kończyn. Matka urodziła poprzednio dwoje zdrowych dzieci; w dwa lata po drugiem urodziła trzecie, nieprawe dziecko. Ostatni poród odbył się zupełnie prawidłowo; nie można było również wykazać nic patologicznego ani w łożysku ani też w zachowaniu się pępowiny. Zmiany, obserwowane u tego dziecka polegały głównie na zwichnieniach, przykurczeniach i niedowładach kończyn. Lewa dolna kończyna była ułożona na brzuchu i piersiach i skręcona w kierunku na wewnątrz. W stawie biodrowym była *luxatio obturatoria*, ruchy w tym stawie były znacznie ograniczone. Nad krętarzem wielkim widać tylko bliznę. Podudzie zwichnięte było ku przodowi (na 13°). Stopa przedstawiała zmiany właściwe stopie kopytoszpotawej (*pes equino-varus*). Zanik mięśni na przedniej stronie podudzia był znaczniejszy, aniżeli na tylnej. Prawa kończyna dolna była w stawie udowym i kolanowym znacznie zgięta i przykurczona; ruchy w stawach tych były odpowiednio ograniczone. W kończynach górnych były również przykurczenia, znaczniejsze w prawej, aniżeli w lewej; w kiściach odgiętych ku tyłowi był niedowład. Rączki były ułożone pod brodą. Chcąc wyjaśnić etyologię powyższego przypadku, można odrazu wykluczyć uraz, *hydrops art.* i *synovitis fungosa*; również nie można przyjąć w tym przypadku za czynnik etyologiczny ucisku, jaki wywierają ściany macicy w razie nieznacznej ilości wód płodowych. Zmiany, które przedstawia przypadek, o którym mowa, nie odpowiadają również obrazowi *ataxiae congenitae* Jasińskiego. Dr. Sawicki sądzi, że w tym przypadku przyczyną, która wywołała opisane zmiany w stawach i mięśniach, była jakaś sprawa zapalna: za tem przypuszczeniem przemawia blizna nad krętarzem. Skutkiem sprawy zapalnej powstały zboczenia, które się odbiły w układzie nerwowym, i wystąpiły zmiany odżywcze.

Prof. Mars (z Krakowa) nie przypuszcza, żeby w etyologii przypadku Dra Sawickiego odgrywały jakąś rolę więzy Simonarda, które wywołują zupełnie inne zboczenia. Natomiast do wytłómaczenia powyższego przypadku wystarcza przyjąć jakąś zwykłą sprawę zapalną (ospa, odra), którą przebyło dziecko podczas życia płodowego.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo lekarskie krak. mianowało na posiedzeniu nadzwyczajnem odbytem w dniu 27. b. m. prof. Dra Alfreda Obalińskiego jednomyślnie swym członkiem honorowym.

— P. Minister Oświaty zamianował w porozumieniu się z p. Ministrem Spraw Wewnętrznych na rok szkolny 1893/4 dla egzaminów lekarskich w uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie odbywać się mających: komisarzem rządowym prof. Dra Lucyana Rydla, jego zastępcą prof. Dra Józefa Łazarskiego, koegzaminatorem z medycyny wewnętrznej Dra Augusta Kwaśnickiego, zastępcą jego Dra Franciszka Murdzieńskiego, koegzaminatorem z chirurgii doc. Dra Aleksandra Bossowskiego, zastępcą jego prof. Dra Alfreda Obalińskiego.

— P. Namiestnik Galicyi zwiedził temi dniami osobiście miejscowości nawiedzone cholerą wzdłuż budującego się nowego toru kolei żelaznej ze Stanisławowa do Woronianki i w pobliżu, wstępował do urządzonych umyślnie szpitali dla cholerycznych i przekonywał się sam na miejscu o stanie rzeczy i środkach użytych dla ochrony od szerzenia się epidemii. Wyjaśnienia dawali P. Namiestnikowi lekarze rządowi na miejscu przebywający Drowie Barzycki i Lachowicz, tudzież lekarze choleryczni przez Namiestnictwo galicyjskie wysłani.

— W kościele na Koszykach w Warszawie odsłoniono temi dniami pomnik ś. p. prof. Chałubińskiego. W obramowaniu poważnem, wykutem z marmuru czerwonego, ozdobionem laurami bronzowemi, mieści się tablica z białego marmuru z napisem: *Ś. p. Tytusowi Chałubińskiemu, doktorowi medycyny, profesorowi b. szkoły głównej i uniwersytetu warszawskiego, ur. w Radomiu 1. stycznia 1820, † w Zakopanem 4. listopada 1889 r. — Przyjaciele i koledzy.* U szczytu obramowania ustawiono popiersie zmarłego, wykute z marmuru kararyjskiego. Twórcą pomnika jest artysta Syrewicz. Poświęcenie pomnika nastąpi 4. listopada b. r., t. j. w rocznicę śmierci ś. p. Chałubińskiego.

— W Wiedniu ukazało się w druku zdanie sprawy ze znanych już i czytelnikom naszego pisma doświadczeń Hasterlika w pracowni prof. Strickera nad skutkiem zażywania laseczników przecinkowych cholery u 5 osób. Prof. Stricker wypowiada tam zdanie, że choroba przez zażywanie owych prątków powstała nie była cholerą azyatycką i wnosi ztąd, że prątki te nie mają znaczenia rozpoznawczego.

— W Tybindze ustanowiono klinikę chorób umysłowych i mianowano tamże profesorem psychiatryi Dra Siemerlinga z Berlina. Z uniwersytetów niemieckich nie mają jeszcze katedry psychiatryi wydziały lekarskie tylko w Roztoce, Giessenie i Kilonii.

— W sprawie założenia trzeciego uniwersytetu na Węgrzech rozwinęła się między większemi miastami węgierskiemi wielka konkurencya, objawiająca się w ofiarach materyalnych w celu uzyskania uniwersytetu. Zgromadzenie municypalne Szegedynu obiecuje w razie założenia w tem mieście uniwersytetu dać milion koron (czyli 500000 złr.) w gotówce, grunt wartośc 256000 koron a nadto przyczynić się kwotą 200000 koron do kosztów przerobienia szpitala miejskiego na zakład kliniczny.

— Wydatki słuchacza medycyny w Londynie na opłaty za wykłady i ćwiczenia w pracowniach wynoszą przez 5 lat nauk uniwersyteckich według obliczenia *British medical Journal* od 587 do 734 funtów szterlingów, z czego na sam dyplom przypada 26 funtów szterlingów. Dochody też *Royal College of Surgeons* wydającego dyplomy uprawniające do praktyki w całej Wielkiej Brytanii wynosiły za egzamina w roku 1892 sumę 20200 funtów szterlingów.

— Otrzymali ordery: św. Stanisława I. klasy profesor fizyologii w wojenno-lekarskiej akademii w Petersburgu, książę Dr. Tarchan-Murawów a św. Włodzimierza III. klasy lekarz dywizyjny 35. dywizyi piechoty, Dr. Józef Talko.

— W zdrojowiskach kaukazkich bawiło do 22. sierpnia b. r. 5724 osób.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** W półroczu letniem roku bieżącego miał Wydział lekarski 2610 słuchaczy, z czego 1703 zwyczajnych a 907 nadzwyczajnych. Największego kontyngensu dostarczyły, jak zwykle, Austrya Dolna, Morawa, Galicya, Czechy i Węgry. Z zagranicy przybywają uczniowie głównie tylko z Niemiec, Rosyi i Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej. Inne kraje nie wchodzą w rachubę. W ogólności liczba cudzoziemców uczęszczających na wydział lekarski zmniejszyła się znacznie w ostatnich czasach. — Wkrótce ma powstać klinika propedeutyczna dla medycyny wewnętrznej w celu obznajamiania uczniów z metodami badania i wprawiania ich osobliwie w auskultacyę i perkusyę, ażeby ich w tym celu przygotować należycie do uczęszczania z korzyścią do klinik właściwych. — **Charków.** Wyasygnowano 400000 rubli na budowę nowych klinik uniwersyteckich, mającą się ukończyć w trzech latach. — Lekarz dyrekcyi teatrów Cesarskich w Petersburgu, Dr. Bogomołów mianowany profesorem nadzwyczajnym chemii lekarskiej.

— **Cholera.** Stan rzeczy w Europie nie zmienił się dotychczas; ciągle powstają nowe ogniska, ale nie przychodzi z nich do rozszerzenia się epidemii. Do takich ognisk świeżych przybył w ostatnich czasach Hamburg, gdzie pojawienie się cholery, dziwnym zbiegiem okoliczności teraz przeważnie dzieci nagabującej, przypisują — czy słusznie, później się okaże — jakimś nagle powstałym brakom w czynności filtrów wodociągowych. — W Hamburgu też wykazano laseczniki przecinkowe w kale kilku osób, które nie okazywały żadnych przypadków cholery.

— **Nekrologia.** Zmarli: W St. Johns Wood w Anglii w d. 7. b. m. urodzony 8. stycznia 1793 na Wołyniu Dr. Seweryn Wielobycki, który w roku 1845 dostał dyplom doktora medycyny i do roku 1866 zajmował się praktyką lekarską a był zawziętym przeciwnikiem napojów wyskokowych. Ilustrowane pismo londyńskie *The Graphic* umieściło wizerunek jego w numerze 1242. z dnia 16. b. m. — W Warszawie w dniu 25. b. m.

Dr. Piotr Kraszewski, uczeń uniwersytetu moskiewskiego, ordynator szpitala Dzieciątka Jezus, przeżywszy lat 58. — W Londynie Prof. Dr. Graily Hewitt w 65 r. życia, znany ze swego dzieła o ginekologii, przetłómaczonego przez Beigla na język niemiecki i wydanej niedawno rozprawy o wymiotach podczas ciąży. — W Petersburgu Dr. J. F. Balandin, dyrektor zakładu dla położnych, znany ze swych prac tyczących się miednicy kobiecej. — W Abas-Tuman (w Rosyi) Dr. Robert Wreden, jeden z najznakomitszych otyatrów i członek redakcyi petersburskiego dziennika wojenno-lekarskiego. — W Berlinie Dr. Leopold Müller, starszy lekarz sztabowy wojska niemieckiego, lekarz naczelny szpitala garnizonowego i garnizonu berlińskiego, organizator przed 20 przeszło laty Akademii lekarskiej w Tokio, dokąd jeździł na wezwanie rządu japońskiego. — W Sztokholmie w dniu 13. września w 77. roku życia Dr. Hjalmar August Abelin, znakomity pedyatra i autor wielu cennych prac z zakresu pedyatryi, publikowanych w pismach lekarskich szwedzkich i innych, członek Akademii umiejętności szwedzkiej i były profesor pedyatryi w zakładzie karolińskim w Sztokholmie. — W Szkocyi Dr. Parke w 36. roku życia, lekarz wyprawy Emina baszy, odbytej pod kierunkiem Stanleya.

— Osady Sochocin w gubernii płockiej i Lipsko w gubernii radomskiej poszukują lekarzy.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy husiatyński rozpisał pod dniem 12 b. m. konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Probużnej. Okręg ten z 12 gmin liczy 18713 dusz na obszarze 209 klm. kwadr. Termin do wnoszenia podań 30-dniowy, płaca 500 złr., ryczałt na objazdy 350 złr. rocznie. W obowiązku lekarza leży utrzymywanie apteki domowej. Warunki zastrzeżone ustawą z 2. lutego 1891. Nr. 17. Dz. u. kr. obowiązują.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 4. października b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) wykład kol. Mayzla; 2) wykład kol. prof. Walentowicza.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 475.

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 6. października 1893 r.

Kraków dnia 28. września 1893 r.

Stopczański
Pro-Dziekan Wydziału lekarskiego.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 7. Października 1893. Nr. 40.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{8}$ „	„ 6 „

I. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

Już starożytni autorowie nazywali zmysły wrotami duszy, gdyż zauważyli, że tylko to, co zmysłami spostrzegamy, względnie odczuwamy, staje się własnością naszego umysłu i dlatego wypowiadali zdanie: *Nihil in intellectu, quod non fuerit in sensu.* Jeżeli od działania zmysłów głównie zależy całe życie umysłowe człowieka, to bardzo łatwo z tego zrozumieć, jak ważną odgrywać będą rolę w objawach życia umysłowego wszelkie zboczenia, powstałe w zakresie działania zmysłów. Esquirol, jeden z najznakomitszych i najbardziej zasłużonych psychiatrów, żyjący w początku tego stulecia, podzielił w dziele swem: *Études cliniques des maladies mentales* zboczenia, o których mowa, na dwie grupy a mianowicie omamy (*hallucinationes*) i złudzenia (*illusiones*). Nazwa *hallucinatio* pochodzi od wyrazu greckiego ἀλύω, znaczącego odchodzić od rzeczy, t. j. oddalać się myślami od przedmiotu, czyli mówić niedorzeczności. Powstały ztąd wyraz łaciński *hallucinari,* znaczy pleść bajki, niedorzeczności, t. j. bredzić. Nazwa *illusio* pochodzi od wyrazu łacińskiego *illudo,* znaczącego wyśmiewać, żartować.

Omamami nazwał Esquirol wyobrażenia zmysłowe, powstałe bez działania żadnych przedmiotów zewnętrznych na narządy zmysłowe. Złudzeniami zaś zowie on wyobrażenia zmysłowe, powstałe wprawdzie skutkiem działania przedmiotów zewnętrznych, ale błędnie tłómaczone tak, że powstałe wyobrażenia nie odpowiadają danym przedmiotom.

Dotknięty omamami słyszy więc głosy i widzi osoby i inne przedmioty, które wcale nie istnieją w jego otoczeniu a więc słyszy i widzi to, czego nikt z osób otaczających nie słyszy i nie widzi; dotknięty złudzeniami nadaje słyszanym i widzianym przedmiotom rzeczywistym zupełnie inne znaczenie a więc słyszy i widzi inaczej, jak osoby otaczające. Jeżeli n. p. ktoś widzi na nagiej ścianie Chrystusa, Matkę Boską lub Świętych, to doznaje omamów zmysłowych. Jeżeli zaś ktoś, widząc obrazy i wizerunki rozwieszone na ścianie, powiada, że widzi n. p. rzeczywiste żywe ciało Chrystusa, Matki Boskiej i Świętych i spostrzega nawet ruchy tych osób, wtedy powiemy, że osoba ta łudzi się, t. j. ulega złudzeniom zmysłowym.

Esquirol usiłował ustanowić ścisłą granicę między omamami a złudzeniami a jako zasadniczą różnicę między obома temi rodzajami zboczeń zmysłowych podał obecność jakiegoś przedmiotu zmysłowego w złudzeniach a brak tegoż w omamach. Dosłownie wyraża się Esquirol o tym przedmiocie w następujący sposób:

„Człowiek, który ma wewnętrzne przekonanie, że spostrzega jakiś przedmiot zmysłowy mimo, że żadnego takiego przedmiotu niema w jego otoczeniu, ulega omamowi, t. j. ma przywidzenia. Obłąkani często twierdzą, że widzą, słyszą i czują węchem, smakiem i dotykiem różne ciała, chociaż w ich otoczeniu niema przedmiotów, któreby sprawić mogły istotnie takie poczucie zmysłowe. Ten objaw jest zjawiskiem czysto duchowem a więc mózgowem, zmysły wcale nie przyczyniają się do jego wytworzenia, gdyż powstaje nawet w tym razie, gdy odpowiednie zmysły nie są czynne, albo nawet wcale nie istnieją. Tak spotykamy głuchych, którzy sądzą, że słyszą, ślepych, którzy sądzą, że widzą i t. p. Dawniejsi lekarze dostrzegli ten objaw tylko w zakresie zapamiętanych wrażeń zmysłu wzrokowego i dlatego nazwali te zjawiska przywidzeniami, *visiones.* Bliższy rozbiór myśli obłąkanych, którzy także myślą i rozumują, dowodzi, że ten sam objaw zdarza się także w zakresie otrzymywanych dawniej i zapamiętanych wrażeń zmysłu powonienia, smaku, czucia, tak dobrze, jak zmysłu wzroku i to mnie skłoniło — dodaje Esquirol — do nadania temu zjawisku nazwy *hallucinatio* (omam). W iluzyi (złudzeniu) przeciwnie czucie obwodowych zakończeń nerwowych jest zmienione, t. j. pod-

wyższone, obniżone lub jakościowo zmienione *(perverti)*; zmysły są czynne a wrażenia istotnie przez nie otrzymywane pobudzają mózg do czynności. Ponieważ czynność ta zależy od wpływu myśli i namiętności, które głównie zajmują umysł obłąkanych, przeto chorzy ci mylą się w ocenianiu istoty i przyczyny rzeczywistych swych wrażeń zmysłowych".

Zastanówmy się teraz bliżej nad tym przedmiotem. Jak wiadomo, każdy zmysł przeznaczony jest do oddziaływania na pewne, sobie tylko właściwe podniety a czynność ta odbywać się może jedynie za pośrednictwem t. zw. zakończeń obwodowych tego zmysłu. Każdy zmysł pozbawiony swych zakończeń obwodowych przestaje być czynnym a w końcu zanika zupełnie. Są jednak pewne podniety, które działają na wszystkie utwory nerwowe i mogą pobudzić do czynności każdy zmysł, nawet bez pośrednictwa jego obwodowych zakończeń.

Podniety te nazywamy niewłaściwemi dlatego, że zmysły nie są właściwie przeznaczone do ich odczuwania możnaby je przeto nazwać także podnietami sztucznemi. Należą do nich podniety elektryczne, chemiczne, termiczne i mechaniczne. Ta sama podnieta działać będzie jednak inaczej na każdy zmysł i w każdym zmyśle sprowadzi skutek temu tylko zmysłowi właściwy, t. j. taki, jaki wywołuje podnieta dla danego zmysłu właściwa a więc w zmyśle wzroku poczucie światła lub barwy, w zmyśle słuchu poczucie tonu lub dźwięku, w zmyśle powonienia poczucie woni, w zmyśle smaku poczucie smaku.

Co się tyczy nerwów czuciowych, to zadrażnienie ich przez bodźce niewłaściwe sprawia najczęściej poczucie bólu, może jednak sprawić także poczucie odpowiednie danym nerwom czuciowym a więc poczucie ciepłoty, ciśnienia i t. p. Skutek działania tych bodźców niezwykłych i niewłaściwych może być niekiedy zupełnie taki sam, jaki sprawiają na odpowiedni zmysł bodźce fizyologiczne, czyli podniety właściwe dla danego zmysłu a wtedy powstanie w ośrodkach mózgowych podkorowych pewne poczucie, w ośrodkach zaś korowych odpowiednie temu wyobrażenie. Wyobrażenie to może niczem się nie różnić od wyobrażenia otrzymanego drogą prawidłową a powstałego sposobem zwyczajnym, t. j. fizyologicznym.

Ponieważ od dzieciństwa uczymy się odnosić wszystkie doznane wrażenia zmysłowe do przedmiotów zewnętrznych, bo od nich zwykle pochodzą podniety właściwe dla każdego zmysłu, przeto i w tym razie, gdy na różne części zmysłów naszych działać będą podniety niewłaściwe i gdy skutkiem tego doznamy pewnych wrażeń, odnosić będziemy te nieprawidłowo powstałe wrażenia także do świata zewnętrznego. Będziemy mieli w tym razie takie samo wrażenie, względnie poczucie i wyobrażenie, jakie otrzymujemy zwykle tylko od właściwych, t. j. fizyologicznych podniet, pochodzących od przedmiotów świata zewnętrznego a działających kolejno na całą zwykłą drogę przewodnictwa odpowiedniego zmysłu, począwszy od jego obwodowych zakończeń aż do jego ośrodków korowych.

Obrazy zmysłowe powstałe w ten nieprawidłowy sposób przez działanie podniet niewłaściwych, często wewnętrznych, t. j. w samym organizmie tworzących się, są nieraz podobne tak dalece do obrazów zmysłowych, powstałych w sposób prawidłowy, że ich od ostatnich wcale odróżnić nie można. Obrazy takie nie będą jednak wedle pojęcia Esquirola omamami zmysłowemi, gdyż te obrazy zmysłowe, jakkolwiek powstały bez działania przedmiotów świata zewnętrznego, są przecież skutkiem działania jakichś przedmiotów, działających jako podniety na narządy zmysłowe. Wedle Esquirola liczyć się one muszą do złudzeń zmysłowych, gdyż omamami nazywa on tylko te obrazy, które powstały bez żadnego działania zmysłów i są czystem tylko zjawiskiem duchowem a więc wytworem samej jedynie wyobraźni. Rozstrzygnąć całkiem stanowczo, czy w danym jakimś przypadku obrazy zmysłowe powstały skutkiem działania podniet niewłaściwych, t. j. wewnętrznych, na narządy zmysłowe, czy też bez tego działania, skutkiem czynności samej jedynie wyobraźni, nie jest rzeczą łatwą a często nawet niemożliwą.

Dlatego też przeciw przytoczonemu podziałowi Esquirola zboczeń w czynnościach zmysłowych na omamy i złudzenia, wystąpiło wielu psychiatów a szczególnie Niemców. Heermann (*Heidelberger Jahrbücher. 1837. Heft 12*) mówi: „Podział na omamy i złudzenia nie opiera się na istotnej różnicy, rozdziela bowiem zupełnie podobne i pokrewne a nawet całkiem jednakowe objawy. Złudzenia bowiem łatwo zmienić się mogą w omamy. Nie robiąc ścisłej różnicy między złudzeniami a omamami zmysłowemi, dzieli natomiast Heermann dotyczące zboczenia umysłowe wedle tego, gdzie jest ich źródło, a może ono być 1) zewnątrz ciała, 2) w obwodowych zakończeniach narządów zmysłowych, 3) w przebiegu pni nerwów zmysłowych, w mózgowym początku tych nerwów, t. j. w ośrodkach podkorowych danego zmysłu i 4) w miejscu tworzenia się wyobrażeń i myśli, t. j. w korze mózgowej.

Lazarus i Steinthal (*Zeitschrift für Völkerpsychologie und Sprachwissenschaft. 5. Tom*) dzieli zboczenia zmysłowe na 1) złudzenia (*illusiones*), mające swe źródło w zadrażnieniu obwodowych części nerwów zmysłowych, 2) omamy (*hallucinationes*), mające swe źródło w zadrażnieniu samych pni nerwów zmysłowych i ich ośrodków mózgowych, 3) przywidzenia (*visiones*), pochodzące od tak żywej wyobraźni, że powstaje zmysłowe spostrzeżenie pomyślanego przedmiotu.

Leubuscher (*Ueber die Entstehung der Sinnes-Täuschungen. Ein Beitrag zur Anthropologie. Berlin. 1852)* nie rozdziela ściśle omamów od złudzeń i wskazuje na podobieństwo tych zboczeń zmysłowych do snu, w którym także złudzenia łatwo zmieniają się w omamy, a to samo dzieje się wedle niego także w różnych stanach chorobowych, jak w upojeniu, znieczuleniu, w tyfusie i szaleństwie. Osobie, której się to tyczy, zdaje się n. p., że obraz wiszący na ścianie występuje z ram a postać wymalowana powiększa się do wielkości naturalnej przedstawionego przedmiotu i przychodzi do niej. Jest to z początku złudzenie tylko, ale postać ta zmienia potem swój kształt, staje się zupełnie inną, porusza się i okazuje się w końcu w innem miejscu, nie tam, gdzie wisi ten obraz i jest do wizerunku tego wcale niepodobną. W ten sposób złudzenie zmienia się w omam.

Griesinger opowiada o pewnej kobiecie, która patrząc w zwierciadło, spostrzegała w niem każdym razem nie swoją podobiznę ale świńską głowę. Hagen opowiada o jednym chorym, który uważał się czasami za dziewczynę, którą znał i kochał dawniej. Gdy spoglądał w szybę, zmieniał się jego wizerunek w podobiznę tej dziewczyny; podczas przeglądania się w zwierciedle zmiana ta nie następowała. Aby więc złudzenie mogło nastąpić, trzeba było w tym przypadku obrazu nie dość wyraźnego i nie dość wybitnego, jak to

zazwyczaj bywa przy wpatrywaniu się w szybę okna. Baillarger opowiada o pewnej kobiecie, która wpatrując się w jakikolwiek przedmiot, spostrzegała, że tenże zmienia się w głowę ludzką z iskrzącemi się i ruchliwemi oczyma, co widocznie było złudzeniem, zmieniającem się w omam. Hagen przytacza wiele przypadków podobnych, gdzie u umysłowo chorych widziane przedmioty przedstawiają się w najrozmaitszych i najdziwaczniejszych postaciach, n. p. worek zwykły jako krokodyl, zawieszony ręcznik jako pięknie rzeźbiona głowa Matki Boskiej, ustawione rzędem beczki jako ogromne zwierzęta drapieżne i t. p.

Hagen (*Zur Theorie der Hallucinationen. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. 1868*) jest jednak tego zdania, że należy robić ścisłą różnicę między złudzeniami a omamami, jakkolwiek rozstrzygnięcie w tym względzie jest nieraz bardzo trudne, zwłaszcza, jeżeli zadraźnienie nerwów pochodzi od narządów wewnętrznych. W takim razie nazwać należy wedle Hagena złudzeniami zmysłowemi wszelkie poczucia zmysłowe, które mają swe źródło w zmianach odbywających się zewnątrz właściwych nerwów; omamami zaś wszelkie poczucia zmysłowe wywołane przez zmiany powstałe w nerwach samych.

Jeżeli blizna w kikucie uciska pień nerwowy u amputowanego, wtedy doznaje on uczucia bólu zupełnie takiego samego, jakiego doznawał dawniej, gdy przy utrzymaniu jeszcze kończyny, bodźce jakie działały na obwodowe zakończenia odpowiednich nerwów. Amputowany skarży się przeto, że czuje ból n. p. w palcu nogi, której już nie ma, bo zdaje mu się, że jak zwykle tak i teraz została zadraźnioną cała droga odpowiedniego nerwu czuciowego, począwszy od obwodowego jego zakończenia aż do należącego do niego ośrodka korowego. Tak samo ma się rzecz ze wszystkiemi zmysłami. Gdziekolwiekby w przewodnictwie danego zmysłu nastąpiło zadraźnienie, zawsze mieć będziemy takie uczucie, jakby cała droga tego przewodnictwa, t. j. od obwodowego aż do ośrodkowego korowego zakończenia jego zadraźnioną została i dlatego zawsze dane uczucie odniesiemy na zewnątrz, t. j. do świata zewnętrznego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

I.

Zarys historyczny rozwoju pojęć o przekazywaniu dziedzicznem kiły w XVI., XVII., XVIII. i XIX. stuleciach.

Gdy w końcu XV. stulecia w rozmaitych krajach południowej i zachodniej Europy wybuchła nagminnie straszliwa choroba, nazwana wkrótce *lues*, po polsku zaś *kiłą* (przymiot), której istotę przez dość długi czas odgadnąć usiłowano naprożno, nie uszło wtedy baczności lekarzy ówczesnych, iż niekiedy chorobie tej ulegały noworodki i dzieci. Wobec jednak panującej w tych czasach wszechwładnie nauki Galena, która tłómaczyła pochodzenie wszystkich chorób z zanieczyszczenia głównych soków ciała, nie poznano długo istotnego charakteru i przyczyn powstawania kiły dziecinnej.

W pismach i dziełach więc dawniejszych syfilografów, opisujących wybuch nagminny kiły na schyłku XV. wieku, nie napotykamy zgoła żadnej wzmianki o przekazywaniu dziedzicznem choroby, z czego wypadałoby wnosić, że w owym czasie nie domyślano się wcale możliwości istnienia kiły dziedzicznej, wrodzonej, chociaż współcześni autorowie byli dokładnie obznajomieni z przebiegiem i cechami kiły. Wprawdzie nie ulega wątpliwości, że syfilografowie XV. wieku musieli dostrzegać kiłę u niemowląt, lecz, co prawda, tłómaczyli sobie powstawanie choroby drogą zakażenia się dzieci od kiłowych matek podczas karmienia piersią (Kasper Torella [1]), Jakób Cataneus [2]), Korneliusz Reiterius [3]), Jerzy Vella [4]), Jan Chrzciciel Montanus [5]), Widus Vidius [6]), Musa Brassavolius [7])). Inni zaś współcześni autorowie wcale nic nie mówili o sposobie powstawania choroby u niemowląt i dzieci; wśród nich np. Mikołaj Massa — opowiedziawszy o trzech przypadkach kiły spostrzeganej przez siebie u dzieci w wieku 3, 6 i 11 lat — bynajmniej nic wysnuwa ztąd żadnych przypuszczeń co do sposobu powstawania choroby; zadawalnia się natomiast zaprzeczeniem, iżby dotknięte kiłą dzieci mogły zarazić się przez spółkowanie lub karmienie piersią. Wymieniony autor pozostawia przeto wcale nierozstrzygniętą kwestyę pochodzenia kiły w opisanych przypadkach [8]).

W wielu późniejszych traktatach, szczegółowo opisujących kiłę i ogłoszonych w pierwszej polowie XIV. stulecia, napotykamy już gdzieniegdzie krótką wzmiankę o tem, iż kiłę niekiedy mogą przekazywać dziedzicznie potomstwu rodzice. I. B. Teodozyusz [9]) w r. 1540 obawia się, aby choroba wymieniona nie była dziedziczną, nie stara się atoli uzasadnić swej obawy stósownemi dowodami lub spostrzeżeniami. Znacznie wcześniej, bo jeszcze w r. 1527 I. Bothencourt [10]) stanowczo, aczkolwiek zbyt ogólni-

---

[1]) Caspar Torella. Tractatus cum consiliis contra pudendagram seu morbo gallico. Romae. 1497; Luisini Aphrodisiacus. 1728. I. str. 504. Torella powiada: „in pueris lactantibus prima infectio apparet in ore aut in facie, et hoc accidit propter mammas infectas aut faucium, aut os nutricis seu alicujus alterius; solent enim nutrices saepius infantes osculari...".

[2]) Jacobus Cataneus. Tractatus de morbo gallico. 1505; Aphrodisiacus. 1728: „lac enim, cum ex sanguine generetur, malam sapit qualitatem in sanguine praeexistentem...".

[3]) Cornelius Reiterius (1508), de morbo gallico opusculum: Aphrodisiacus. 1728.

[4]) Georgi Vellae Brixiensis, Physici de morbo gallico opusculum (1505); Aphrodisiacus. 1727. str. 205—218.

[5]) Joh. Bapt. Montanus (1550), Tractatus de morbo gallico; Aphrodisiacus. 1728.

[6]) Vidus Vidius, De curatione morborum generatim libri XXXIV. 1551 (XXVII. lib.).

[7]) Musa Brassavolius (1553), Tractatus de morbo gallico; Aphrodisiacus. 1728. str. 657—706.

[8]) Nicol. Massa, de morbo gallico. III. editio. Venetiae. 1563. „... tres hoc anno curavi ego pueros: unum aetate trium annum, alterum aetate sex annorum et erat puella; tertium undecim annorum; isti non sumpserunt lac infectum..."; z przytoczonej cytaty, wcale nie wyjaśniającej sposobu pochodzenia kiły u dzieci, mylnie wnosili niektórzy tegocześni autorowie (Rosen, Łaszkiewicz), iż Massa wiedział o dziedzicznem przekazywaniu kiły od rodziców dzieciom. Łaszkiewicz i Lewin nadto nie omieszkali nawet przytaczać przypadków wymienionych, jako udowadniających teoryę późnej kiły (*syphilis hereditaria tarda*)!

[9]) Gruners Aphrodisiacus. 1789. III. str. 140—141.

[10]) J. de Bethencourt. Nova penitentialis quadragesima necnon purgatorium in morbum gallicum, sive venereum etc. Parisiis. 1527; patrz też u Drysdalea: Pathologie und Therapie der Syphilis. Stuttgart. 1882. str. 44.

kowo, wypowiedział był następne zdanie o przekazywaniu dziedzicznem kiły: *sani de sanis giguntur, morbosi de morbosis. Hinc talis venereus morbus a parentibus contrahire potest*...; przytoczone tu jednak teoretyczne rozumowanie autora nie opiera się na żadnych dowodach ani spostrzeżeniach. Za dziedzicznem przekazywaniem kiły oświadczył się był wkrótce i Augerius Ferrieriusz [1]; przypuszczając albowiem możliwość przechodzenia kiły z rodziców na dzieci, wyróżniał on trzy drogi, któremi choroba przekazaną być może potomstwu, mianowicie: *a*) za pośrednictwem zakażonego kiłą nasienia, *b*) wskutek zakażenia się jajka od dotkniętej kiłą matki, *c*) drogą krwiobiegu od matki kiłowej przyrzut może dostać się do ustroju płodu (...*quum in utero morbus contrahitur, tanquam hereditarium fit malum et tanquam corruptum elementum una cum paterno vel materno semine infunditur, aut si mater a die conceptionis in morbum inciderit, communicatio foetui vitrosis infectis que fit humoribus*...). Wypowiedziane już przez Ferrieriusza zdanie pozostaje zresztą teoretycznem, nie opartem wcale przez autora na przekonywających dowodach, w dziele jego albowiem nie znajdujemy żadnych spostrzeżeń, dotyczących kiły dziedzicznej i wrodzonej.

Piotr Haschardius [2]) i Paracelsus [3]) oświadczają się też za możliwością przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu przez rodziców dotkniętych chorobą. Pierwszy autor mówi zresztą dość ogólnikowo o kile dziedzicznej; uważa on zakażenie soków ciała i nasienia, jako przyczynę przekazywania choroby potomstwu (*per generationem vero, quoniam hic morbus humores vitiat et corrumpit; unde semen corruptum, qui sic affecti sunt et ex hoc proles vitiata ac corrupta procreatum*). Paracelsus atoli twierdzi stanowczo, że kiła przechodzi z ojca na syna „...*transit a patre ad filium*“ [4]), następnie zaś dodaje, iż kiła przekazuje się potomstwu łatwiej od trądu (*est morbus foedus se ad alios propagans, alios contaminans et magis hereditarius, quam lepra*) [5]); dalej zaś odróżnia on zakażenie jajka podczas zapłodnienia od udzielania się kiły od matki podczas ciąży [6]); niestety, znów nie znajdujemy u autora żadnych dowodów ani spostrzeżeń przekonywających.

Wiktor Trincavellius (1553) [7]) i Amatus Lusitanus (1511—1568) [8]) opisują po raz pierwszy nieco dokładniej napotykane przypadki kiły odziedziczonej u dzieci; w przypadku podanym przez Lusitanusa, dziecię z ojca kiłowego spłodzone, udzieliło choroby piastunce, ostatnia zaś zaraziła następnie męża i dziecię swoje; taką drogą kilka osób w rodzinie zachorowało na kiłę. Wilh. Rondeletius (1560) [1]) pisze, iż oglądał noworodka dotkniętego krostami kiłowemi: *ego vidi puerum nasci totum coopertum pustulos morbi gallici.* Leonard Botallus [2]) musiał też nieraz widzieć dzieci kiłowe, pochodzące z matek dotkniętych tąż samą chorobą, jak to należy wnosić z następnego jego orzeczenia: *pueri ex infecta matre editi inculpatam aetatem agent longevom modo a sana matrice aliti fuerint*.... Włoskiemu pisarzowi Piotrowi Rostino (1556) [3]) zawdzięczamy dokładny i szczegółowy opis objawów kiły wrodzonej u noworodków i osesków; mówił on, że dzieci nabywają choroby francuskiej już w łonie swej matki. — U Gabryela Fallopiusza, który zostawił nam też bardzo dokładne opisanie objawów kiły dziedzicznej u dzieci, napotykamy następny ciekawy ustęp: *praeterea oriuntur pueruli, ex utero matris infecti morbo gallico et vidi ego aliquos, quorum cutis erat ita exusta et affecta Gallico, ut pueruli viderentur cocti* [4]).

Z pośród innych syfilografów XVI. stulecia, którzy przypuszczali możliwość przekazywania dziedzicznego kiły, wspomnimy tu jeszcze o Hieronimie Capivacciuszu [5]), Janie Ferneliuszu [6]) i Ambrożym Paereuszu [7]). Capivaccius utrzymywał, iż kiła z łatwością udziela się od ojca i matki potomstwu. Paereus (Parré) zaś twierdzi, iż często można napotkać dzieci (zrodzone z rodziców kiłowych), u których wkrótce po przyjściu na świat występuje na ciele wiele króst; autor jest zdania, iż kiła przekazuje się dzieciom nietylko od ojca, lecz i od matki kiłowej. C. d. n.

[1]) Aug. Ferrierius, De pudendagra gravi lue hispanica libri duo. Tolosae. 1853; Aphrodisiacus. 1728. II. str. 906.

[2]) P. Haschardius, De morbi gallici compendiosa curatio. Lovanii. 1554; Aphrodisiacus. II. str. 929.

[3]) Paracelsus, De causis et origine luis gallicae. Strassburgii. 1577.

[4]) von Baerensprung, Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864. str. 5.

[5]) Gruners Aphrodisiacus. 1788: De morbo gallico. Cap. VIII. pag. 143—144.

[6]) Proksch. Paracelsus über die venerische Krankheiten und Hydrargyrum. Wien. 1882. str. 19—21 i 23.

[7]) Simon. Kritische Geschichte der Syphilis. Hamburg. 1857. II. Abth. str. 132.

[8]) Luisinius Aphrodisiacus. pag. 653. Curationum medicinalium centunus. Sept. 1554. I. Cent. Nr. 49.

[1]) Luisini Aphrodisiacus. De morbo gallico liber unus. II. str. 936.

[2]) Botallus. Luis venereae curandae ratio. Parisiis 1563.

[3]) Blaise. L'hérédité syphilitique. Paris. 1883. str. 36.

[4]) G. Fallopius. Tractatus de morbo gallico. Lib. XXXVI. Patavii. 1564. str. 127.

[5]) Astruc. De morbis venereis libri IX. Neapoli. 1768 II. str. 193.

[6]) I. Fernelius. Universa medicina. Lib. VI. Cap. XX. str. 641; Aphrodisiacus Luisini. I. str. 614.

[7]) Ambr. Parré. De la grosse vérole, qui surprint aux petits enfants. Oeuvres complets revus par Malgaigne. Lyon. 1652. str. 467.

III. Nowa metoda leczenia wiewióra (trypra) wstrzykiwaniami ciepłego kwasu borowego.

Podał

Dr. W. Chrząszczewski ze Sambora.

Sześć lat upływa, jak po raz pierwszy dostrzegłem, iż rozczyn kwasu borowego o ciepłocie 40° C. wstrzykiwany do cewki moczowej działa nadzwyczaj pomyślnie na przebieg formy tak przewlekłej, jakoteż i ostrej zapalenia wiewiórowego cewki moczowej męskiej. Na pomysł aplikacyi tego sposobu leczenia naprowadziła mnie pewna analogia między przewłocznemi nieżytami spojówki oka, które pod działaniem rozczynu kwasu borowego w postaci przepłukiwań worka spojówkowego ustępywały dość rychło. Pomijając wiele błędów, których dopuszczałem się, działając długo czysto empirycznie, ograniczę się na dokładnem podaniu swej metody w tej formie, w jakiej jej obecnie używam, nadmieniając zarazem, iż zebrałem dotychczas 63 przypadki zupełnego wyleczenia wiewióra i to: 28 przy-

padków formy przewlekłej z wydzieliną skąpą śluzowo-ropiastą, 6 przypadków o wydzielinie skąpej, w formie dużej kropli ropiastej i gęstej, reszta t. j. 29 przypadków tyczyło się formy wiewióra ostrej z wydzieliną bardzo obfitą, ropiastą, lecz w okresie, w którym wydzielina przeszła już w rzadszą pod względem obecności gonokoków, aniżeli w pierwszym okresie po zakażeniu się. W 6 przypadkach, w których wydzielinę badano, wynik był dodatni. W liczbie 63 przypadków wyleczenia nie umieściłem jednego przypadku niekorzystnego, z komplikacyą zwężenia modzelowatego cewki moczowej; w tym przypadku chory usunął się z pod obserwacyi.

Przystępując do opisania sposobu, w jaki robię wstrzykiwania, przytaczam zarazem, że nigdy nie należy ich używać w okresie wydzieliny ropnej, zielonawo-żółtej i obfitej o konsystencyi gęstej, bo w tym razie wywołałoby się na pewno zapalenie szyjki pęcherza.

Roczyn 3% kwasu borowego ogrzany w emaliowanem naczyniu do 40° C., wstrzykuje się przez kateter Nelatonowski o 2 okienkach grubości od 9—11 skali Charrièra. Kateter poprzednio na 2—3 godziny trzymany w 5% roczynie kwasu karbolowego, następnie do sucha watą obtarty i posmarowany 10% maścią borową, wprowadza się aż do części krokowej (*pars prostatica urethrae*). Do wstrzykiwania używam strzykawki szklanej o pojemności 100—120 gramów, oprawnej w mosiądz, głównie dlatego, bym mógł dokładnie ocenić, czy w płynie do wstrzykiwania użyć się mającym nie znajdują się bańki powietrzne lub jakieś nieczystości pochodzące z tłoczka skórzanego, czego ocenić nie można używając strzykawek z twardego kauczuku. Wprowadziwszy stożkowatą kankę strzykawki do kateteru tak, by jego ściana elastyczna szczelnie kankę objęła, unoszę strzykawkę nieco ku górze i naciskając miernie na tłok strzykawki, wtłaczam jej treść do cewki moczowej przez przeciąg mniej więcej 15 sekund (podaniem tego czasu chciałbym oznaczyć siłę, z jaką na tłok działać się powinno). Teraz zaciskam kateter tuż pod miejscem, gdzie w nim tkwi stożkowaty koniec kanki, usuwam strzykawkę a płynowi z kateteru wypływającemu daję swobodne ujście do trójgraniastej tacki kauczukowej, umieszczonej między udami w leżącej pozycyi znajdującego się pacyenta. Następnie napełniam po raz drugi strzykawkę, z zachowaniem powyżej przytoczonych ostrożności, kateter wyciągam o 4—6 cm. i znowu w sposób powyżej podany wprowadzam treść do cewki moczowej, przyczem płyn wstrzyknięty wypływa już swobodnie na zewnątrz obok kateteru. Wreszcie po raz trzeci postępuję tak samo, z tą różnicą, iż napełniwszy po raz trzeci strzykawkę, nie cofam więcej kateteru, lecz przystósowawszy do niego kankę strzykawki, cisnę na jej tłok i równocześnie bardzo wolno wyciągam kateter, starając się, by wyskoczył zupełnie i równocześnie z wytłoczeniem ostatniej kropli ze strzykawki. Zbytecznem jest może dodawać, iż tak postępując, mam na celu przepłukać w całości błonę śluzową cewki moczowej od części krokowej aż do ujścia zewnętrznego (*orificium cutaneum*). W tem miejscu dodaję, iż chory winien mocz oddać b e z p o ś r e d n i o p r z e d w s t r z y k i w a n i e m.

Jak z poprzedniego opisu wynika, za jednem posiedzeniem wprowadzam około 300 gramów płynu, przyczem zwykle ciepłota jego opada o jakie 2—3° C. tak, że ostatnia dawka kwasu borowego ma zazwyczaj temperaturę 37° C. W przypadkach, w których z jakiejkolwiekbądź przyczyny ciepłota roczynu spadła poniżej 37° C. (a zdarzało mi się to kilkakrotnie bądź z powodu wyskoczenia przedwczesnego kateteru, bądź innych z winy pacyenta pochodzących opóźnień całej manipulacyi), ogrzewałem zawsze dodatkowo płyn do 40° C.

Posiedzenia odbywałem co 2. dzień a ilość posiedzeń potrzebna do zupełnego usunięcia objawów wiewióra, wahała się między 5—8. Po pierwszem posiedzeniu z reguły była wydzielina obfitsza, lecz znacznie rzadsza i przybierała wejrzenie śluzowe, mętnawe. Błona śluzowa ujścia zewnętrznego cewki moczowej i wogóle część badaniu okiem dostępna po rozwarciu ujścia, była rozpulchniona, nieco zaczerwieniona i miernie obrzmiała. Objawy te po każdem następnem posiedzeniu zmniejszały się tak, iż zazwyczaj już 4. z rzędu posiedzenie obywało się bez żadnej reakcyi. Za wskazówkę, ile posiedzeń wogóle robić należy, służyło mi zachowanie się, względnie obecność lub nieobecność wydzieliny; gdy wydzieliny żadnej nie było i tylko wydobywała się pewna ilość śluzu przeźroczystego, szklistego, kończyłem kuracyę, polecając pacyentowi wstrzykiwać w domu środek ściągający (*zinc. sulfo-carbol. 0·75 : 200·00*), chociaż jestem przekonany, że i inny środek ściągający te same oddałby mi usługi. Polecałem robić wstrzykiwania po 3 razy dziennie przez przeciąg 8—10 dni. Nawrotu choroby dotychczas w żadnym przypadku nie miałem; na ujemny wynik czekałem napróżno przez lat 5 (pierwszego bowiem roku stósowania swej metody nie wliczam z przyczyny, iż robiłem doświadczenia bardzo niejednostajnie) a będąc zadziwiony, jak szybko, bo już po jednorazowem zastósowaniu, ustępowała obfita, lecz rzadka ropiasta wydzielina, zdecydowałem się podać swój sposób postępowania pod krytykę kolegów, którzy mając do dyspozycyi obfitszy ode mnie materyał, będą mogli ocenić wartość powyżej podanego sposobu leczenia.

Mimo, że starałem się podać dokładnie sposób, w jaki postępuję, nie mogę przemilczeć, iż owa zresztą wcale nie skomplikowana technika przepłukiwania wymaga pewnej wprawy i że sam wykonywałem całą manipulacyę z razu nierównie gorzej, aniżeli teraz; szczególnie zaś zwracam uwagę na tę okoliczność, iż wstrzykując, trzeba palcem wskazującym i wielkim ręki lewej ustalić miernie kateter przez delikatny ucisk na żołądź, o tyle nie za mocny, by światła kateteru nie zamykał. Inaczej narazi się na przedwczesne wyskoczenie kateteru, które początkującemu często zdarzyć się może, a kilkakrotne ponowne wprowadzanie kateteru nie jest o tyle obojętne, iż, jak pouczyło mnie doświadczenie w przypadkach kilkakrotnego wprowadzania, pojawiała się u pacyentów reakcya w postaci miernego parcia na mocz.

W końcu nadmieniam, iż zachowanie się dyetetyczne chorego winno się zgadzać z ogólnie w tym względzie znanemi regułami i że 2 razy dziennie stósowane kąpiele nasiadowe o 35°—40° C. przez pół godziny za każdym razem nadzwyczaj korzystnie wspierały leczenie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Higiena.

A. Strümpell: **Sprawa alkoholu ze stanowiska lekarskiego.** (Odczyt na 65. zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich w Norymberdze d. 13. września 1893).

Sprawa używania wyskoku zwraca na siebie uwagę tak ze względów ogólno-społecznych, jak i czysto lekarskich. Prawna jej strona wykazuje częsty związek między alkoholizmem a występkiem, acz nieraz oceniano zbyt jednostronnie, jakoby samo tylko zatrucie wyskokiem prowadziło do wykroczeń, których przyczyny natomiast nieraz zupełnie gdzieindziej szukać należy. I w rzeczywistości statystyka (Niemiec z r. 1889) wykazuje, że niemal $^4/_5$ przekroczeń popełniają ludzie, upijający się przypadkowo a tylko $^1/_5$ pijacy nałogowi.

Kwestya wyskoku podjęta ze stanowiska społecznego wykazuje rażący stosunek między ceną napojów wyskokowych a ich wartością spożywczą. Tak n. p. robotnik (bawarski) spijając dziennie cztery litry piwa za markę zyskuje dla swego ustroju 240 grm. węglowodanów i 32 grm. białka, gdy za tę samę cenę zakupiwszy chleba, otrzymuje z niego 2000 gr. węglowodanów i 250 gr. białka. Cyfry te, wykazujące przepłacanie najtańszego piwa w stósunku do jego pożywności o 8 razy drożej od chleba, uderzają jeszcze bardziej przy porównaniu piwa z ziemniakami, grochem itp. artykułami spożywczymi. Używanie trunków tak się już zakorzeniło w masach ludności, że robotnik wydający dziennie na piwo szóstą część swego zarobku, uważa to za rzecz zupełnie naturalną i niezbędną.

Do podobnych cyfer dochodzi się również w obliczeniach dla stanów średnich; dość przytoczyć, że setki studentów (niemieckich) a względnie ich rodzice, wydają dziennie li tylko na piwo 1—1$^1/_2$ marki, czyli 300—400 marek rocznie. Nie roztrząsając bliżej wpływu wyskoku na odżywianie, należy bodaj zaznaczyć, że przytaczane nieraz zdanie, jakoby alkohol był środkiem oszczędzającym białko ustroju, wcale nie może się ostać wobec nowszych badań, wykazujących owszem stósunek wręcz przeciwny.

Ze stanowiska lekarskiego — wobec dzisiejszej epoki w medycynie, słusznie etyologiczną zwanej — jedynie tylko gruźlica i kiła mogą iść w parze z zatruciem alkoholem pod względem rozszerzenia się i znaczenia. Tem też więcej uderza okoliczność, że mimo, iż w zatruciu alkoholem ma się do czynienia z artykułem dokładnie znanym, co znacznie ułatwia studyum tego zatrucia, przecież nie ma dotąd należytego obrazu rozmaitych wpływów wyskoku na ustrój ludzki.

Spostrzeżenia toksykologiczne nad innemi przewlekłemi zatruciami jak np. nad zatruciem ołowiem, doprowadzają do uwagi, że szkodliwe wpływy trucizn, w bardzo małej zaledwie ilości codziennie spożywanych, objawiają się dopiero niekiedy po latach i to nieraz nagle w postaci różnych charakterystycznych przypadłości. Trzeba tu zatem przypuścić sumowanie się owych drobnych a licznych wpływów, które potrafią naraz wystąpić, jako siła niszcząca tkanki organizmu. W ten sposób da się tłomaczyć nagłe wystąpienie mocznicy (*uraemia*); tak też pojawia się nagle u pijaka *delirium tremens*, jak niemniej nagłe osłabienie jego serca, zdawna powoli a stopniowo nadwerężanego.

Zesumowaniu wpływów trujących ulega głównie układ nerwowy tak, że wydaje się uzasadnionem przypuszczenie pewnego rodzaju pamięci włókien nerwowych i komórek zwojowych, gdzie — jak zwłaszcza w przewlekłem zatruciu wyskokowem — rozchodzi się zapewne nie tyle o samo sumowanie się trującej substancyi, jak raczej o trwałe pozostałości zmian, wywołanych w tkance nerwowej przez chemiczny wpływ wyskoku.

Zapatrywanie się to wyjaśnia, dlaczego do wytworzenia się obrazu przewlekłego zatrucia alkoholem bynajmniej nie zawsze potrzeba często się ponawiających objawów zatrucia ostrego, lecz że tylko wystarcza ku temu w zupełności ciągły a regularny wpływ tej trucizny. Tem się również tłómaczy, dlaczego szkodliwemu wpływowi wyskoku ulegają także osoby, pijaństwu nałogowo bynajmniej się nie oddające.

Jak we wszelkich innych zatruciach, ostrych czy przewlekłych, tak też i w oddziaływaniu wyskoku na ustrój ludzki okazują się pewne indywidualne różnice, które nie dają się niekiedy wyjaśnić dostatecznie, z któremi atoli liczyć się trzeba.

Również i uboczne szkodliwości, jak choroby zakaźne, urazy, znaczna utrata krwi itp. przyspieszają nagły wybuch zatrucia, poprzód niczem się nie zaznaczającego.

Wyskok działa w pierwszym rzędzie na układ nerwowy; w zatruciu ostrem podpadają najpierw pod oko objawy porażne w sferze psychicznej; dokładniejsze spostrzeżenie wykazuje atoli i zmiany w sferze ruchowej, jak niepewność w ruchach, utrudnienie mowy itp., podczas gdy drogi czuciowe wydają się odporniejsze. Analogicznie do tych zmian występuje w przewlekłem zatruciu *delirium*, drżenie, porażenia, bezład ruchów, słowem t. zw. zapalenie wielu nerwów właściwe (*polyneuritis alcoholica*), jako jedna z najczęstszych a najważniejszych postaci anatomicznego zwyrodnienia nerwów w skutek działania wpływów chemiczno-toksycznych.

Pozostaje nierozstrzygniętem dotąd pytanie, czy owo obumieranie obwodowych włókien nerwowych występuje skutkiem bezpośredniego zadziałania drobin alkoholu na same włókna, czy też trucizna sadowi się w ośrodkach nerwowych tak, że włókna nerwowe ginęłyby dopiero następowo skutkiem zniszczenia ich ośrodków odżywczych.

Delirium po alkoholu zdarza się, zwłaszcza po większych miastach, wobec liczniej nagromadzonych mas robotników, pijaństwu oddanych. Tak wynosi rocznie liczba zapadłych na *delirium* w Hamburgu 150, w berlińskim szpitalu Charité 500—600; wśród inteligentniejszych sfer ludności *delirium* jak i *polyneuritides alcohol.* zjawiają się dość rzadko, skutkiem czego nie zyskały one dotąd należytego uwzględnienia w praktyce lekarskiej.

Często zostają w związku z alkoholizmem zniedołężnienie umysłowe (*dementia*), padaczka, zapalenie opony twardej (*pachymeningitis*) i zapalenie mózgu krwotoczne (*encephalitis haemorrhagica*).

W następstwie bezpośredniego drażnienia przez wyskok występują przewlekłe schorzenia błon śluzowych gardła, żołądka i jelit, upośledzające odżywienie ustroju.

Poważniejsze zmiany sprowadza wyskok, skoro przejdzie za pośrednictwem krwi w bezpośredni związek z tkankami wewnętrznych narządów. Tą drogą przychodzi do marskości wątroby (*cirrhosis hepatis*), do schorzeń mięśnia sercowego i naczyń (*endarteriitis alcoh. chron.*), widocznych dopiero w swych skutkach, na tem tle występują również choroby nerek.

Mylnem jest przekonanie, że używanie piwa nie jest szkodliwe jak picie innych napojów wyskokowych, jak n. p. wódki; owszem niski stósunkowo procent alkoholu w piwie równoważy się znaczniejszą jego ilością w spożyciu; nadto wprowadzanie po 3—10 litrów na dzień cieczy do organizmu wraz z pewnemi, zawartemi w nich substancyami spożywczemi, musi się odbić szkodliwie, zwłaszcza na mięśniu sercowym, w którym też często przychodzi do przerostu, później zaś do przedwczesnego osłabienia.

Wprowadzanie do ustroju 5 litrów piwa, zawierających w sobie około 250 grm. węglowodanów, obciąża tym materyałem nadmiernie krew i tkanki, co prowadzi do powiększenia się ciężaru gatunkowego krwi, podrażnienie drobnych naczyń a przez to do podniesienia się ciśnienia w tętnicach i utrudnienia pracy serca.

Gdy tkanki nie zdołają zużytkować całej tej masy materyału odżywczego, przychodzi do zbytniego nagromadzenia się jego i nadmiernej otyłości, która znowu sama przez się wpływa ujemnie na krążenie krwi i oddychanie. Do tego przyłącza się wreszcie trujące działanie wyskoku, prowadzące do zmian degeneracyjnych w mięśniach i nerwach.

Choroby nerek występują wcale nie wyłącznie u pijących wódkę lub wino, ale znów głównie u piwoszów. Tu również zbyt obfita ilość cieczy, jak niemniej i wyskok sam działają szkodliwie na przybłonki, które zwolna ulegają zwyrodnieniu a nerka popada w marskość. Zesumowanie się ciągłych drażnień przybłonków nerkowych przez wyskok doprowadza niekiedy do niespodziewanego wybuchu ostrego zapalenia nerek, występującego na pozór z przyczyny jakiejś zewnętrznej szkodliwości, jak np. zaziębienia. Takie zapalenie nerek odróżnia się od innych (infekcyjnych i toksycznych) tem, że zwykle nie jest natury krwotocznej, występuje ze znacznemi obrzękami, przechodzi w formę przewlekłą, prowadzi bardzo rzadko do wyzdrowienia, nierównie częściej do rychłej śmierci.

W ujemnem oddziaływaniu alkoholu na przemianę materyi należy odróżnić trzy grupy, a to nadmierne tworzenie się kwasu moczowego z rozkładu białka w *arthritis urica*, chorobliwą zmianą w spalaniu się węglowodanów pod postacią *diabetes mellitus*, wreszcie anomalię w zgromadzeniu się tłuszczów, prowadzącą do otyłości. Przyczyną tych stanów patologicznych jest zmniejszenie się energii w chemizmie właściwych narządów, jużto na tle wrodzonego usposobienia, jużteż skutkiem nabytych przez zewnętrzne wpływy szkodliwe zmian w komórkach, wywołujących upośledzenie odpowiednich funkcyj. W rzędzie szkodliwych czynników znamy dla każdej z trzech powyż podanych grup trucizny chemiczne, jak dla dny zatrucie ołowiem, dla moczówki phlorydcynę, dla otyłości arsen i fosfor. Podobnie i wpływ alkoholu na grupy te można wykazać. I tak: podagra występuje głównie przy wygodnym trybie życia, połączonym z trwałem a obfitem używaniem wyskoku; otyłość, u piwoszów zwłaszcza, jest ogólnie znaną; w cukrzycy wreszcie istnieje niezaprzeczenie związek z alkoholizmem, zwłaszcza w formie t. zw. moczówki otyłych, u których typowe schorzenia powyskokowe, jak np. *polyneuritis*, można obserwować podobnie, jak i powikłania z dną, zapaleniem nerek marskością wątroby, które dopiero po uznaniu alkoholizmu za wspólny ich mianownik stają się łatwo zrozumiałemi.

Gdy się wreszcie zważy, że zatrucie wyskokiem sprowadza tak wiele zmian, czy to bezpośrednio czy następowo, to okażą się w całej pełni szkody, przez wyskok ludzkości wyrządzane, zmuszające do jak najrychlejszego zapobieżenia złemu. (*Berl. klin. Wchschr.* Nr. 39. 1893).

Dr. Leopold Kosiński.

Przegląd terapeutyczny.

— A. Shaw-Mackenzie idąc za przykładem znakomitego praktyka Henryka Leego, zaleca na podstawie własnego doświadczenia bardzo gorąco leczenie kiły ogólnej nakadzaniami kalomelowemi. W tym celu umieszcza się pacyenta zupełnie obnażonego w znanej powszechnie skrzyni służącej do kąpieli ze suchego powietrza gorącego tak, iż tylko głowa wystaje na zewnątrz. Nad lampką wyskokową znajduje się stosowne naczynie z porcelany, do którego dodaje się osobno kalomelu zupełnie czystego i wody. Po ogrzaniu ulatnia się kalomel i osiada na skórze pacyenta, który po nakadzeniu udaje się prosto do łóżka i obwija na godzinę prześcieradłem wełnianem. Shaw-Mackenzie zaczyna od $1\frac{1}{2}$ drachmy (= 7 gramów) a dochodzi do 2 drachm (= 9 grm.) kalomelu.

Zdaniem Leego ten tak mało znany sposób leczenia kiły odznacza się następującemi zaletami: 1) wielką pewnością działania terapeutycznego i ścisłem oznaczeniem (? *Przyp. red.*) dawki, 2) ochroną od późniejszych objawów choroby 3) brakiem wszelkiego wpływu szkodliwego na stan ogólny i na przewód pokarmowy tak, iż leczenia tego używać mogą nawet suchotnicy i ludzie bardzo osłabieni, 4) skróceniem czasu na leczenie potrzebnego, 5) szczególniejszą dogodnością wobec zmian i wrzodów na skórze. (*The Lancet. 6. Mai. 1893*).

— De la Jarrige przemawiał na tegorocznym kongresie w sprawie gruźlicy za wstrzykiwaniami olejnemi kreozotu i mentolu wprost do tchawicy w gruźlicy płuc w postaci płynu złożonego z

Olei olivarum sterilisati	*100·00*
Kreozoti fagini	*10·00*
Mentholi	*5·00*

Sposób, którego on w tym celu używa, jest następujący: Po założeniu właściwego zwierciadełka i zbadaniu nim krtani wprowadza w szparę głośni długą, zakrzywioną kankę strzykawki napełnionej płynem powyżej podanym i na raz wstrzykuje całą przeznaczoną ilość płynu. Chorzy znoszą te wstrzykiwania nadzwyczaj dobrze, nie mają po niem żadnych nieprzyjemnych przypadków, nawet nie kaszlą a wessanie płynu wstrzykniętego odbywa się bardzo prędko. Zwierciadełko krtaniowe do tych wstrzykiwań potrzebne jest tylko po raz pierwszy i dla osób nie mających wprawy. Kto ma wprawę, ten potrzebuje tylko schwycić język za koniec i wyciągnąć go ku przodowi a dostanie się łatwo kanką do głośni.

Autor wstrzykuje codziennie po 30 cm. sz. na raz.

Skutki tego sposobu leczenia są według doświadczenia autora bardzo zadawalniające: w przeważnej liczbie przypadków zmiany miejscowe poprawiają się a i stan ogólny staje się coraz lepszym, co wywodzi autor z bezpośredniego działania leku na mikroby.

— Na tymże samym kongresie zalecali znowu Weill i Diamantberger wstrzykiwania podskórne gwajakolu w roztworze olejnym we wszystkich formach gruźlicy płuc.

Używają oni gwajakolu czystego, rozpuszczonego w równej na wagę ilości olejku migdałowego (*oleum amygdalarum dulcium*), wyjałowionego w 120° C. i wstrzykują go zwyczajną strzykawką Pravazowską, w której mieści się więc koło 0·50 cm. sz. (w przybliżeniu *Przyp. red. Przegl. lek.*) czystego gwajakolu. Zaczynają od $\frac{1}{4}$ strzykawki na dzień i dochodzą do jednej, najwięcej do dwóch strzykawek również na dzień. W przypadkach z obfitemi plwocinami i jamami w płucach można dojść do 4., 6. a nawet 8 strzykawek dziennie. Większe dawki nie są wprawdzie niebezpieczne, ale są zupełnie zbyteczne.

W tej formie zadawany gwajakol, który opuszcza ustrój w ogólności wszystkiemi drogami wydzielniczemi, znoszą chorzy bardzo dobrze, zazwyczaj bez żadnego osobliwego odczynu, z wyjątkiem pocenia się tem obfitszego, im większe są zmiany w płucach, a tem skąpszego, im zmiany w płucach coraz więcej ustępują.

Postrzeżenia autorów odnoszą się do 82 przypadków, z których niektóre obserwowano już od lat czterech.

W tych 82 przypadkach, z których $\frac{3}{4}$ gorączkowało i bardzo podupadło na siłach, otrzymali autorowie 62 polepszeń, dwa przypadki zostały bez zmiany a 18 pogorszyło się nawet. Z tych 62 przypadków pomyślnego działania wstrzykiwań podskórnych gwajakolu 27 można uważać za zupełnie wyleczone a są między niemi w znacznej liczbie i takie, w których wyleczenie datuje się od więcej niż 3 lat. W ogólności wszystkie objawy fizyczne gruźlicy ustępują w przeważającej liczbie przypadków pod wpływem wymienionego sposobu leczenia.

Notatki terapeutyczne.

W dalszym ciągu (*patrz Nr. 39*) podaje Stern następujące przepisy:

Maść resorcynowa:

118) Rp. *Resorcini resublimati* 5·00
Tere cum
Aquae pauxillo
Adde
Lanolini 45·00
Vaselini flavi 50·00

Maść oczna:

119) Rp. *Hydrargyri oxydati*
via humida parati 0·05
Tere exactissime directe cum
Vaselini flavi 6·00

Adde
Lanolini 4·00

Maść na odmroziny:

120) Rp. *Zinci oxydati crudi* 15·00
Tere exactissime directe cum
Glycerini 45·00
Adde
Lanolini 40·00
M. f. ungtum.

Maści tej należy używać już w lecie, nakładając ją co wieczór na odmroziny a wcierając rano codziennie po umyciu się w małej ilości. Co nadto, należy zetrzeć. Maść ta ma być skuteczna nawet na ciężkie odmroziny z owrzodzeniami. (*Ther. Mtshefte. 7. 8. 1893*).

V. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

Gdyby wolno było ogólnej sytuacyi zdrowotnej na tureckim wschodzie nadać cechę meteorologiczną, to powiedzielibyśmy, że: niebo jest tu chmurne, powietrze niestałe a przyszłość zawsze niepewna. O tym zaś charakterze przekonamy się, śledząc dalej powstawanie i ustalanie się chorób zakaźnych, przenosząc się od wschodnich skłonów syryjskiego Libanu i starej Palestyny aż ku granicy perskiego Kuzistanu i siedzib Arabów z pokolenia Abu-Mohamed. Obszerna ta przestrzeń jest zraszaną dwoma wodnemi wstęgami Tygru i Eufratu, nad któremi z jednej strony Arabowie prowadzą swój koczowniczy byt, z drugiej zaś rabusie Kurdowie z swemi gromadami trzód przebiegają całą okolicę w rozmaitych kierunkach. Tam to — w ciągu kilkoletniego już okresu czasu, spotykamy się corocznie prawie ze świeżemi wybuchami cholery lub dżumy, obok innych nagminnie już szerzących się chorób, jak dur plamisty, krwawa biegunka, zapalenie opon mózgowych, gruźlica, złośliwe zimnice, nie wspominając już o kile i sprawach patologicznych należących do zakresu chirurgii, przez swą etyologię, przebieg i leczenie przedstawiających materyał do szczegółowszego roztrząśnienia. W rozpoznawaniu tych spraw, lekarze tam praktykujący, nie mają kłopotu podobnego temu, w jakim się znaleźli ich koledzy w blizkiej nam Smirnie! Bo jakkolwiek w dali od naukowych źródeł, stara Chaldea z przyległą sobie Mezopotamią, na tyle jednak postąpiły, że do zbadania i ocenienia stosunków zdrowotnych w tych prowincyach posiadamy już pewien materyał, ciągle uzupełniany dzięki Drowi Lubiczowi i innym przebywającym tam europejskim pionierom. Wprawdzie oturbanieni tam arabscy teologowie, zawsze jeszcze witają nas zdaniem, że: dotąd nieznaleźliśmy jeszcze środka na odpędzenie samej śmierci, lub że nieposiadamy leku na wzmocnienie podupadłych haremowych bohaterów, to jednak usiłowania przedsięwzięte w celu polepszenia ogólnych warunków higienicznych, zdobywają sobie coraz to więcej przychylnych, zaczynających wierzyć w możność uniknięcia a przynajmniej zapobieżenia szerzeniu się pewnych spraw chorobowych, przez działanie potężnych środków higienicznych na szereg przyczyn je wywołujących. Pomyślne te stosunkowo dane, spotykamy li tylko w większych miastach prowincyj, jak w Bagdadzie i Mossulu, wtedy gdy taka Bassorah z ludnością dochodzącą do czterdziestu tysięcy i liczne inne osady rozrzucone na porzeczu Szat-el-Arab, jak również niestałe koczowiska w pustyni, pozostają jak dawniej nietylko już rozsadnikami, ale nawet i ogniskami, w pełni sprzyjającemi wykłuwaniu się pierwiastków zakaźnych.

W Europie krytykujemy stare lub zaniedbane przystanie w większych miastach nadmorskich. Uważamy sadzawki i inne wodne zbiorniki za szkodliwe, skutkiem nagromadzenia się w nich substancyj, podlegających gnilnemu rozkładowi. Nieraz zanieczyszczone rzeki przyczyniają się także do rozwleczenia chorób zakaźnych. O ileż więcej groźniejszym jest stan tych etyologicznych źródeł w prowincyach tureckiego Wschodu, gdzie o kanalizacyi nikt nie myśli a wysuszenie rozległych bagnisk lub oczyszczenie przynajmniej tych gnijących zbiorników, jest sprawą trudną do przeprowadzenia. By się o tem przekonać, dość jest przeniknąć sieć kanałów, nad któremi rozłożyła się stara Bassorah, lub zajrzeć do Mohamera, granicznego miasteczka perskiego, by pod istotnym parciem powietrza przesiąkłego wyziewami, nie odczuć ich szkodliwego wpływu. Wysoka ciepłota i monotonny spokój warstw powietrza lub znowu w pewnych porach roku bardzo silne ich prądy z południa, otoczenie miejscowości gęstemi lasami palmy daktylowej i sama gleba pokryta grubą warstwą naniesionego mułu, spoczywającego na trudno przenikalnej glinie, wytłumaczą nam charakter tak groźnych tu zimnic, noszących nawet miano bassorskich, tworzących jednocześnie i podstawę, na której opiera się cała etyologia nagminnie tu panujących chorób. Jednakże co do wybuchów cholery i dżumy, w najnowszych czasach ponawiających się prawie corocznie, to należy się zgodzić na okoliczność, że w Chaldei pochodzenie tych plag patologicznych jest dwojakie. I tak: cholera dostaje się tu z Indyj a mianowicie z miasta Kiuraczy i jego okolicy przez parostatki i żaglowce zwane Sambuk, przystające w pewnych punktach Beludżystanu i bez żadnej, jak dotąd, kontroli sanitarnej przebywające zatokę perską, by wreszcie zarzucić kotwicę pod Bassorah. Wogóle przyjazd okrętów z tej strony jest bardzo nieregularny. Urząd sanitarny w Bassorah jest dość odległy od przystani, która znowu pozbawiona wszelkiego dozoru policyjnego, ułatwia szybkie dostawanie się podróżnych na ląd i to przed tem, nim lekarz zdoła się przekonać o stanie zdrowia załogi okrętowej i przybyłych. Co zaś najhaniebniejsze, to to, że podobnemu przemycaniu sprzyjają sami kapitanowie okrętów z wyjątkiem chyba przypadku, gdy ktoś z załogi zapadł na podejrzaną niemoc. Takiemi to drogami wniesiony pierwiastek zakaźny, znajduje tu bardzo żyzną glebę dla swojej hodowli, do ustalania się a co gorsza do przetrwania pory chłodniejszej i dżystej, by z nastaniem wiosny wybuchnąć ponownie, choć z mniejszą stosunkowo energią. Powstałe w ten sposób ogniska są drugą drogą, jaką cholera zwykła się rozwlekać po południowych obszarach arabistańskiego Iraku. Przypadki jej zauważane w roku zeszłym i ponowne ukazanie się zarazy jeszcze w początkach kwietnia b. r. naprzód w Bassorah a następnie w Kurna i wpośród pokolenia Arabów Montefik zamieszkujących okolicę między miastami Dywanieh i Sonk-el-Chouth, przedstawiają cechę łagodnych objawów chorobowych, rozwlekanie się zarazy z mniejszą daleko energią, przy dłuższym przebiegu sprawy patologicznej i nieznacznej stosunkowo śmiertelności. Pomimo jednak, że tegoroczny wybuch cholery w Iraku arabistańskim uważa się za sporadyczny, to wszakże dostanie się już zarazy do Bagda-

du, Samary, Szatry i Hylleh, jest dowodem, że prowincya ta zawsze jeszcze przedstawia obszerne pole do żniwa epidemicznego z wrotami otwartemi na przyjęcie prądów zaduchowych z Indyj. Czy zaś zaraza posunie się jeszcze dalej na północ i na zachód, by, jak to stało się w r. 1890—91, sięgnąć aż do Syryi i południowych granic Azyi mniejszej, to odpowiedź na to i prawdopodobieństwo znajdziemy w stale tam fatalnych stosunkach zdrowotnych.

W charakterystyczniejszej formie grasowała zaraza w arabskiej prowincyi Nedżet. Okolica ta położona na południowy-zachód od Iraku i zaledwie od ćwierć wieku odwiedzana przez wojskowe oddziały tureckie, przeważnie utrzymuje stósunki z sułtanatem Maskatu, z Arabią środkową i z wybrzeżami południowej Persyi, zkąd powracające z połowu pereł żaglowce, dość często zawijają do drobnych przystani Nedżetu. Ludność tej okolicy stanowią koczujący Arabowie i osiedleńcy albańscy, którzy w rodzaju posterunków militarnych, z pod namiotów przenoszą się powoli do domostw zlepianych z miejscowych materyałów. Geologiczny ustrój miejscowości przedstawia cechy właściwe środkowej Arabii. Pokłady należące do trzeciorzędnego okresu, kryją się pod grubemi warstwami gliny i krzemionki, raz sypkiej jak piasek pustyni, lub też znowu pomieszanej ze znaczną ilością miki i wtedy stalszej. System orograficzny ogranicza się tu do niewysokich pasemek górskich, z których tu i ówdzie sączące się strumyki, mają oczywiście swoje źródła, lecz podobnie jak ujścia, okrywa je dotąd tajemnica natury. Brak też wody, daje się tu uczuć na każdym kroku. Lecz zato mleko wielbłądzie i owoce słodko-kwaskowate zaspakajają pragnienie wytrwałych mieszkańców. Warunki klimatyczne są tu bardzo zmienne z powodu długiego lata, przykrej pory dżdżystej w jesieni i chłodnych prądów powietrza od grudnia do połowy stycznia. Dość ruchliwa ludność ciągle przenosząca się z miejsce na miejsce, zajmuje się hodowlą owiec, wielbłądów, bawołów a tu i owdzie koni, co dzięki karawanom prowadzonym w rozmaitych kierunkach, wystarcza do podtrzymania bytu mało wymagającego mieszkańca Arabii. (C. d. n.)

VI. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał

Dr. Karol Klecki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39.)

XVIII. Prof. Rydygier: O sztucznej przetoce pochwowo-odbytnicowej.

Prof. Rydygier przedstawia nowy sposób zakładania sztucznej przetoki pochwowo-odbytnicowej na operowanej chorej klinicznej oraz na modelu gipsowym odlanym na wzór modelów, składających plastyczny atlas prof. Marsa. W demonstrowanym przypadku operował prof. Rydygier raka cewki moczowej, który się rozszerzył na pęcherz. W takich przypadkach odprowadza się mocz sztucznie założoną przetoką przez odbytnicę, ale sposób ten ma tę złą stronę, że kał dostaje się odwrotną drogą do pęcherza; ztąd w dalszym ciągu zajęcie miedniczek nerkowych i fatalne następstwa. Nowy sposób prof. Rydygiera polega na tem, że tworzy się na tylnej ścianie pęcherza rodzaj zastawki, otwierającej się tylko w kierunku od pęcherza do odbytnicy, nie zaś odwrotnie. W tym celu wycina prof. Rydygier z tylnej ściany pęcherza znaczny trójkąt, który zeszywa w kształcie litery y. Dolny koniuszek trójkąta przyszywa się do ściany odbytnicy, po bokach zaś pozostają otwory, przez które mocz dostaje się z pęcherza do odbytnicy, kał zaś, przeciskając się przez odbytnicę, przyciska zastawkę do tylnej ściany pęcherza i zamyka w ten sposób komunikacyę między temi dwoma organami. Przedstawiona chora jest już wygojona; pochwa jest zamknięta, powstała tylko mała przetoczka po szwie. Dalsza obserwacya wykaże, czy kał w rzeczywistości nie będzie się dostawał do pęcherza, i będzie można przekonać się o tem, zwracając uwagę na ewentualne wystąpienie objawów zapalenia pęcherza w razie niedostatecznego działania wytworzonej zastawki.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem Dra Kleckiego.

Dr. Klecki zastrzega się przede wszystkiem, że zakomunikował zjazdowi chirurgów wyniki poszukiwań swoich w formie tymczasowego doniesienia; sama praca nie jest jeszcze napisana a wykład opierał się na pamięci i krótkich notatkach mowcy; stąd powstały w wykładzie tym niejasności i braki, których z pewnością nie będzie w pracy drukiem ogłoszonej. Projekt zajęcia się opracowaniem orzeczonej kwestyi zawdzięcza mowca prof. Cybulskiemu, któremu też składa Dr. Klecki podziękowanie a do podziękowania tego czuje się tem bardziej zobowiązanym, że prof. Cybulski żywo interesował się jego pracą a nawet asystował przy paru pierwszych doświadczeniach. W odpowiedzi na punkty przytoczone przez prof. Cybulskiego oświadcza Dr. Klecki, że wobec koniecznej potrzeby oczyszczania nietylko chemicznego, ale i mechanicznego światła jelita, wykluczanie dłuższych pętli jest niemożliwe, gdyż tylko wykluczając krótkie pętle i wprowadzając do jelita kankę irygatora, to z jednej, to z drugiej strony ma się pewne szanse dokładnego przemycia błony śluzowej. Ażeby zaś z góry wybierać pewne pętle jelitowe, trzeba robić ewentracyę, co pogarsza wynik operacyjny, który i bez tego nie jest pewnym. Mówiąc o działaniu bakteryobójczem soku żołądkowego, opierał się Dr. Klecki nie na własnych spostrzeżeniach, ale na pracach Hamburgera, Kabrehla, Straussa i Wurtza, Kasta, Cohna i innych autorów, którzy zgodnie twierdzą, że w soku żołądkowym jedynie kwas solny działa przeciwgnilnie, pepsyna zaś w tym względzie nie odgrywa żadnej roli.

W odpowiedzi prof. Obalińskiemu przytacza Dr. Klecki, że doświadczenia, na których opiera się jego praca, wykonał jedynie w celach fizyologicznych, wyniki zaś operacyjne otrzymano tylko ubocznie, przy sposobności doświadczeń chirurgicznych. W odpowiedzi prof. Browiczowi przywodzi Dr. Klecki w skróceniu protokoły sekcyj, przy których prof. Browicz był obecnym, oraz rezultaty badania mikroskopowego wykluczonych pętli. W odpowiedzi prof. Gluzińskiemu oświadcza mowca, że pierwszy zarzut wytoczony przez prof. Gluzińskiego tyczy się nie pracy jego, ale pamięci; zapomniał bowiem przytoczyć, że we wszystkich doświadczeniach wykluczono pętle jelita cienkiego i że podczas sekcyi zanotowano następujące dane: wagę zwierzęcia, długość całego przewodu pokarmowego, długość wykluczonej pętli oraz oznaczono w centymetrach miejsce szwu jelitowego, a więc odległość wykluczonej pętli od żołądka i od kiszki ślepej. Dane te są dokładnie zanotowane i będą umieszczone w protokółach sekcyjnych. Dr. Klecki nie zgadza się na to, by pozostawienie w wykluczonych pętlach masy bakteryi stwarzało w pętlach tych warunki bardziej zbliżone do warunków fizyologicznych, aniżeli usunięcie większej części bakteryj ze światła wykluczonego jelita; przeciwnie bakterye unoszące się i wytwarzające nieobojętne produkty w zamkniętej przestrzeni z pewnością musiałyby wywierać szkodliwy wpływ na otaczające je tkanki; w doświadczeniach Dra Kleckiego bakteryj nie wykluczono w zupełności w żadnym przypadku a chodziło mu głównie właśnie o zbadanie zachowania się samej ściany jelita, nie zaś działania na nią bakteryj. Wybór środka przeciwgnilnego w celu desinfekcyi błony śluzowej jelita nie jest wcale tak obojętnym, jak twierdzi prof. Gluziński; wszak wiadomo, że pomimo jednakowego pod względem chemicznym działania różnych środków przeciwgnilnych różne tkanki znoszą działanie jednych środków, działania zaś

innych nie znoszą. W odpowiedzi Drowi Kryńskiemu oświadcza Dr. Klecki, że zarzuty przez niego wytoczone byłyby najcięższemi, gdyby się opierały na danych rzeczywistych. Tymczasem Dr. Kryński powołuje się na doświadczenia Reichla, których wyniki mają być wrzekomo niezgodnemi z wynikami Dra Kleckiego i twierdzi, że ich Dr. Klecki nie uwzględnia. Skoro mówca przytoczył doświadczenia Reichla, liczy się z niemi; co się zaś tyczy ich wyników, przytacza Dr. Klecki szczegółowo protokóły tych doświadczeń i na ich podstawie wykazuje, że doświadczenia te bynajmniej nie uzasadniają zarzutu, jaki zrobił Dr. Kryński; przeciwnie, żadne z tych doświadczeń nie jest czystem, t. j. nie odpowiada wymaganiom Dra Kleckiego, nadto jedno z nich potwierdza pomimo to wyniki doświadczeń Dra Kleckiego. Następnie zaznacza Dr. Klecki, że używał soku żołądkowego zawierającego 1.5 : 1000 HCl., nie zaś 1 : 1000, jak to mówił Dr. Kryński, oraz powołuje się jako na dowód nieszkodliwości płynu tego dla błony śluzowej jelita na preparaty mikroskopowe, z pętli tych otrzymane a ustawione podczas posiedzenia zjazdu pod mikroskopami. Dr. Kryński twierdzi, że płyn ten nie mógł być obojętnym dla błony śluzowej jelita; nie przytacza jednak na to żadnego dowodu. W końcu oświadcza Dr. Klecki, że komórki kielichowate zachowują się w wykluczonych pętlach pod względem liczebnym (w porównaniu z odpowiedniem jelitem prawidłowem) bardzo rozmaicie; nie można więc z ilości ich wyprowadzać żadnych pozytywnych wniosków. W uzupełnieniu przemówienia Dra Sawickiego dodaje Dr. Klecki, że odczyn kwaśny w świetle jelita cienkiego stwierdzono i podano w pracy Macfadyena, Nenckiego i Sieberowej oraz, że odczyn ten polega nie na obecności kwasu solnego, lecz na obecności kwasów organicznych.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości bieżące.

— W sobotę, d. 7. b. m. nastąpi urzędowe oddanie nowego pawilonu chirurgicznego do użytku publicznego.

Dla nikogo w Krakowie nie jest tajemnicą, że potrzebę wystawienia tego pawilonu stworzyła energiczna, umiejętna i szczęśliwa działalność prymaryusza prof. Alfreda Obalińskiego: napływ chorych z całej Galicyi, niemniej naukowe wyniki, uzyskane w oddziale chirurgicznym Szpitala św. Łazarza, wytworzyły potrzebę społeczną wystawienia nowego, zasadom nowoczesnej umiejętności odpowiedniego przybytku miłosierdzia i nauki, czemu Wysokie Władze krajowe z gotowością i zrozumieniem zadość uczyniły.

Lekarze szpitala św. Łazarza postanowili skorzystać z tej uroczystości administracyjnej, ażeby wyrazić kol. prof. Obalińskiemu tę cześć i uznanie, jakie mu się tak słusznie należą za wieloletnie i poważne zasługi, położone na polu umiejętnej i praktycznej chirurgii; z kolegami szpitalnymi złączył się ogół lekarzy krakowskich a wreszcie Towarzystwo lekarskie krakowskie wyróżniło kol. prof. Obalińskiego najwyższym zaszczytem, jakim rozporządza, dyplomem członka honorowego. Tylko człowiek posiadający rzeczywiste i poważne zasługi, tylko kolega, którego imię otacza miłość i cześć towarzyszy zawodu, mógł wywołać tę radość i jednomyślność, z jaką ogół lekarski przyjął wiadomość o uroczystem wyrażeniu uznania dla kol. prof. Obalińskiemu.

Redakcya *Przeglądu Lekarskiego* pozostaje przeszło 20 lat w najściślejszym stósunku z kol. prof. Obalińskim, który, bądź to jako wieloletni członek komisyi redakcyjnej, bądź jako autor 41 rozpraw oryginalnych, radą i piórem długie lata wspiera nasze czasopismo. Prócz więc pobudek przyrody ogólnej, przepełnia nam serce uczucie osobistej wdzięczności dla kol. prof. Obalińskiego za tak poważne, powszechnie cenione, a tak ochocze jego współpracownictwo.

Szczegółów zawodowej i naukowej działalności kol. prof. Obalińskiego dziś nie przytaczamy, gdyż uroczystość sobotnia nie zamyka żadnego okresu pracy jego. Patrząc na ten nowy przybytek przyszłej czynności tego niezmordowanego męża, utrwalamy się w przekonaniu, że światły jego umysł i artystycznie biegła ręka teraz dosięgną kulminacyjnego punktu energii, pomysłowości i zręczności. Nie czas więc jeszcze na jubileusz człowieka pełnego żywotnej siły, niespożytej żądzy czynu i nieocenionej pogody ducha, na którego płodnej pracy tyle jeszcze pokładamy nadziei. Na widnokręgu użyźnionej jego znojem niwy nigdy nie dojrzeć tych granicznych linij, któremi zaznacza się, chociażby oddalony kres ludzkiego działania; przeciwnie: w piersiach kol. prof. Obalińskiego nie tli, lecz płonie ta iskra zapału co to „gdy się rozżarza... stwarza.“ Daleko jeszcze od Niego ten dzień, w którym pełen zasług będzie mógł zaśpiewać dożynkową pieśń żniwiarzy „plon niesiem, plon.“ Dziś pochwyciliśmy pióro do ręki jedynie dlatego tylko, ażeby swój głos osobistej wdzięczności zharmonizować z ogólnym chórem uwielbienia kolegów dla męża, który łącząc powagę nauki, surowość obowiązku z prostotą, znamionującą wszelką wyższość, jest wcieleniem ideału dobrego kolegi, poważnego orędownika nauki, wzorem sumienności lekarskiej.

Żyj czcigodny Kolego w najdłuższe lata dla postępu naszej nauki, rozwoju lekarskiego piśmiennictwa, dla dobra cierpiących i na chwałę naszego społeczeństwa!

— Najnowszy numer *Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych* dla Galicyi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem zawiera rozporządzenie c. k. Namiestnictwa galicyjskiego wydające w porozumieniu się z Wydziałem krajowym a po wysłuchaniu wniosków Prezydenta miasta Krakowa i Rady miejskiej krakowskiej tudzież opinii krajowej Rady zdrowia, instrukcyę służbową dla fizyka miejskiego i lekarzy miejskich oraz statut dla stałej komisyi zdrowotnej w Krakowie.

— Dr. Michał Misiewicz, dyrektor zakładu hidropatycznego w Niekłaniu, współpracownik naszego pisma, zamieszkał przez zimowe miesiące w Warszawie.

— W Berlinie panuje epidemia tyfusu brzusznego — 21. z. m. było w szpitalach tamecznych 125 chorych — przeważnie w tych dzielnicach miastach wschodnich, w których panowała także i ostatnim razem. Dotychczas nie wykryto źródła tej epidemii; że niem nie są pola zraszane wodą kanałową, wypada z zakresu epidemii i poszukiwań bakteryologicznych. Domniemają się tylko, że źródło epidemii pochodzi z wodociągów czerpiących wodę w Stralau, której badanie jednak nie wykazało żadnych zarodków chorobotwórczych; epidemia nie zajmuje zresztą całego obszaru zaopatrywanego w wodę ze Stralau.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych wydało pod dniem 3. września r. b. w porozumieniu się z ministerstwem wyznań i oświaty a po wysłuchaniu zdania najwyższej rady zdrowia rozporządzenie w przedmiocie dowozu zwłok do zakładów anatomicznych z poza miast uniwersyteckich.

— Na posiedzeniu sekcyi lekarskiej *Association française pour l'avancement des sciences* odbytem w dniu 9. sierpnia b. r. zdawał sprawę Dr. Tonbin z przypadku, w którym więzień połknąwszy przed 10 dniami żelazną łyżkę, połknął następnie termometr maksymalny służący do mierzenia gorączki. Termometr był cały ze szkła, miał 113 mm. długości a 6 mm. grubości. W 9 dni później wyszły odbytnicą łyżka i termometr, który wskazywał temperaturę 38·7° C. Przez cały czas, przez który przebywał termometr we wnętrzu owego więźnia, mierzono regularnie temperaturę jego ciała, która wynosiła pod pachą najwięcej 37·2° C.

— Dawniej jeszcze zwrócił Verneuil na to uwagę, iż rak w ustroju może mieć związek z żywieniem się przeważnie mięsnem a idąc dalej za tą myślą, wykrył, iż mianowicie wieprzowina stwarza okoliczności przyjazne powstawaniu raku, z czemby zostawało w połączeniu rzadsze o wiele pojawianie się raka u izraelitów, niż u chrześcian. Do podobnych spostrzeżeń doszedł także i Roux. Jakkolwiek to wszystko może jest tylko przypuszczeniem, sądzi Verneuil, iż rzecz ta zasługuje na dalsze badanie.

— **Cholera.** Piszą z Hamburga pod dniem 21. z. m.: Mimo wszelkich ostrożności nauką i doświadczeniem wskazanych, mimo oddania przed kilkoma miesiącami do użytku publicznego nowych zupełnie filtrów wodociągowych, zbudowanych według wszelkich teraźniejszych wymagań, cholera pokazała się znowu

temi czasy w Hamburgu a jakkolwiek liczba jej przypadków jest dotychczas bardzo nieznaczna i prawdopodobnie taką zostanie, łączy się tegoroczne pojawienie się cholery z okolicznościami uwagi bardzo godnemi.

Jeszcze przed kilkoma tygodniami wykrył Dr. Dunbar, dyrektor nowo utworzonego hamburskiego miejskiego laboratoryum higienicznego, w wodzie Elby, podobnie jak Rubner w wodzie Szprei, laseczniki pod względem kształtu i działania swego chorobotwórczego laseczników przecinkowym Kocha zupełnie równe a tylko pod względem biologicznym od nich nieco odmienne. Badano codziennie filtrowaną wodę z wodociągów miejskich, czerpiących swój materyał z Elby, i przekonano się aż do 11. z. m., że woda ta jest zupełnie dobra. Dopiero po 11. t. m. wykryto niespodziewanie, że woda pogorszyła się (czy zawierała laseczniki przecinkowe, niestety nie donoszą) a szukając przyczyny, przekonano się w dniu 15. z. m., że filtry funkcyonują wprawdzie i nadal zupełnie dobrze, ale że skutkiem zepsucia się w pewnem miejscu urządzenia mechanicznego (szczegóły są dla rzeczy pod względem lekarskim obojętne) *woda z Elby dostaje się do wody już przefiltrowanej.* Natychmiast naprawiono, co było zepsute. W dniu, 16. z. m. zachorowały dwie osoby i umarły 17., obydwie w dzielnicach miasta od siebie odległych. Toż samo stało się z dwoma innemi osobami, mieszkającemi również w odległych częściach miasta, które 17. zachorowały a 18. zmarły. Odtąd trafiało się codziennie po kilka przypadków tak, iż do 22. z. m. było wogóle chorych 50, z których zmarło tylko 15, t. j. 30%, bo były i przypadki z prostą biegunką, jednakowoż z lasecznikami przecinkowemi. Pod względem etyologicznym zasługuje na uwagę pojawienie się pierwszych przypadków równocześnie z zanieczyszczeniem się wody filtrowanej wodą niefiltrowaną z Elby i rozrzucenie ich po odległych od siebie częściach miasta, co wszystko wskazuje na wodę jako przyczynę. W ostatniej swej pracy: O cholerze w Niemczech w zimie z r. 1892 na 1893 rozróżnia Koch dwa typy epidemij cholery: wybuchowy, w którym naraz w rozmaitych punktach danego miejsca pojawia się wiele przypadków i łańcuchowy, w którym przypadki następują po sobie powoli, jak ogniwa w łańcuchu. Tylko pierwszy typ zawdzięcza swe powstanie wodzie używanej do picia przez całe masy ludzi, jak to było w roku zeszłym w Hamburgu, gdzie już 3. dnia epidemii było 200 przypadków zachorowania a 70 śmierci a 4. dnia 1102 i 455.

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **S. L. w M.** Odpowiadając na zapytanie, donosimy, iż płynu do wstrzyknień Brown-Séquardowskich dostanie w *Laboratoire spécial 19., rue des Fossés St. Jacques* w Paryżu pod tytułem *extrait organique préparé par MM. Egasse et Bonyé d'après les procédés de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval. Envoi franco au médecin dans les 24 heures.* Flaszka obejmująca 30 cm. sz. kosztuje 8 franków, obejmująca 15 cm. sz 5 franków. Prócz dawniejszej rozprawy Dr. d'Arsonvala, wyszły świeżo w tym przedmiocie *Ch. Eloy. La méthode de Brown Séquard. Physiologie, indications cliniques et thérapeutiques. Paris. Baillière.* Cena 3.50 franki i *H. Melville. Guide pratique pour la préparation et l'injection des liquides organiques. (Méthode Brown Séquard. Paris. Société d'editions scientifiques. 5 fr.).* W końcu nadmieniamy, że w miejsce proponowanego przez Brown-Séquarda wyciągu jądrowego zalecają przeciw neurastenii Croq, Luys i Lutand wstrzykiwania podskórne (po zwykłej strzykawce Pravazowskiej na dzień) płynu:

Rp. *Natrii phosphorici 2·00*
Aquae destil. 10·00

Już po jednej strzykawce następuje zazwyczaj znaczne polepszenie; gdy minie po kilku dniach, powtarza się wstrzykiwanie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 14. Października 1893. Nr. 41.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

W ten sposób powstać mogą wedle Hagena omamy zmysłu wzroku skutkiem zmian chorobowych w siatkówce i w nerwie wzrokowym, omamy słuchu skutkiem chorób ucha wewnętrznego i t. p. Mimowolnie nasuwa się nam pytanie, czy i skutkiem pewnych zmian chorobowych w ośrodkach zmysłowych, podkorowych i korowych powstać mogą omamy zmysłowe. Pod tym względem psychiatrzy różnią się między sobą zasadniczo. Niektórzy twierdzą, iż wyłącznie przez zadrażnienie samych tylko ośrodków zmysłowych korowych powstać mogą omamy zmysłowe a więc wprost przeczą, by powstać mogły wskutek zadrażnienia jakichkolwiek obwodowych części narządów zmysłowych. Tego zdania jest Esquirol i wszyscy zwolennicy tak zwanej duchowej, t. j. psychicznej teoryi o powstawaniu omamów zmysłowych.

Falvet (*Cours clinique et théorétique sur les maladies mentales. 1850*) podobnie, jak Esquirol, uważa omamy za objaw chorobowy, mający swe źródło wyłącznie w zboczeniu czynności duchowej a szczególnie wyobraźni.

Neumann (*Lehrbuch der Psychiatrie*) należy także do zwolenników teoryi duchowej i uważa omamy za choroby krytyki, przyczem chorzy myśli albo życzenia swoje uważają za odczute rzeczywiście wrażenia zmysłowe.

Griesinger jest także tego zdania, że omamy zmysłowe powstają skutkiem podwyższenia się czynności wyobraźni do tego stopnia, że to, co sobie w myśli wyobrażamy, staje się rzeczywiście odczutem odpowiedniemi zmysłami; a więc obrazy wyobraźni stają się barwnemi i świecącemi, dźwięcznemi i melodyjnemi i dodaje przytem, że źródłem wszystkich tych czynności nie jest siatkówka ani zakończenia obwodowe nerwu słuchowego, lecz mózg sam, t. j. ośrodkowe (mózgowe) zakończenia nerwów zmysłowych. Tłómaczenie Griesingera nie jest jednak dosyć jasnem, albowiem nie rozróżnia on wyraźnie ośrodków podkorowych od korowych nerwów zmysłowych. W każdym jednak razie Griesinger wyraźnie mówi, że wyobraźnia jest źródłem omamów zmysłowych i to zdanie podzielają prawie wszyscy jego uczniowie i większa część nowoczesnych psychiatrów niemieckich. Ten sam Griesinger powiada jednak, iż nie zna żadnego przypadku, gdzieby w podrażnieniu mózgowem inne barwy, jak czerwona, niebieska i fiołkowa, były spostrzegane i przytacza liczne przypadki padaczkowych, którzy widzieli różne czerwone postaci i wogóle tylko czerwoną barwę (*Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik. Griesingers Archiv. 1. S. 155*). Dziwną jest rzeczą, dlaczego obrazy zmysłu wzroku, wytwarzane przez mózg nieprawidłowo podrażniony, okazują pewne tylko barwy; na każdy sposób jest to najlepszym dowodem, iż nie mogą one powstawać wyłącznie skutkiem działania wyobraźni, bo ta tworzyć może przecież obrazy najrozmaitszej barwy.

Hagen (*Zur Theorie der Hallucinationen. Allg. Zeitschr. f. Psych. B. 25. 1868. S. 49*) należy do wyznawców t. zw. teoryi zmysłowej o powstawaniu omamów. Mówiąc o tym przedmiocie zwraca uwagę na to, iż wiele zjawisk dowodzi, że źródłem omamów zmysłowych mogą być obwodowe części narządów zmysłowych, co widzimy n. p. w chorobach oka i ucha, o czem też wspominają lekarze chorób ocznych i usznych: Graefe (*Ophthalmologische Mittheilungen. Berliner med. Wochenschrift. 1867, Nr. 31.*), Politzer (*Ueber subjective Gehörsemphfindungen. Wiener med. Wochenschrift. 1866. Nr. 94.*), Köppe (*Gehörsstörungen und Psychosen. Allgem. Zeitschrift f. Psych. B. XXIV. S. 10.*).

Głównem jednak źródłem do powstawania omamów i złudzeń zmysłowych są wedle Hagena ośrodki zmysłowe podkorowe, t. j. tak zwany przez niego mózg zmysłowy (*Sinnesgehirn*). Zadrażnienie tych ośrodków porównywa on do kurczu i mówi: istotą kurczu w kurczu mięśniowym sta-

nowi gwałtowne zadrażnienie nerwu ruchowego w kierunku odśrodkowym. Takie same zadrażnienie nerwu czuciowego w kierunku dośrodkowym wywołuje omamy. Istotę rzeczy stanowi w obu wypadkach nadmierne pobudzenie nerwu do czynności. Omamy są zatem kurczem w nerwach czuciowych. Zadrażnienie to nie musi być koniecznie wywołanem w samych nerwach, t. j. gdziekolwiek w ciągu ich przebiegu, ale może powstać także w ich początkach ośrodkowych, t. j. w samym tylko mózgu zmysłowym.

Z tego nie wynika jeszcze, żeby w tym mózgu zmysłowym znajdywać się koniecznie musiało jakieś ciało, które sprawia to zadrażnienie, ale musimy w każdym razie przyjąć, że ośrodek odpowiedniego zmysłu znajduje się w stanie podwyższenia drażliwości. To zapatrywanie się Hagena znajduje bardzo wielu zwolenników.

Meynert (*Klinische Vorlesungen über Psychiatrie. Wien. 1890.*) twierdzi, że zadrażnienie wyłączne samych tylko ośrodków zmysłowych korowych, nigdy omamów zmysłowych wywołać nie potrafi. Zdanie swe opiera na tem, że zadrażnienie tych ośrodków następuje zawsze podczas myślenia, przyczem odtwarzają się w umyśle obrazy ustalone w ośrodkach zmysłowych korowych.

Najdzielniejszy jednak mózg fizyologiczny niema w swej czynności korowej takiej siły wyobraźni, aby tym obrazom pamięciowym nadać tę wyrazistość, jaką posiada rzeczywisty obraz zmysłowy, t. j. powstały i spostrzegany za pośrednictwem działania zmysłów. Wysilona i znużona kora mózgowa skutkiem jakiejkolwiek choroby umysłowej nie może sprawić wyższej czynności, anizeli kora prawidłowa a przeto tem bardziej nie może być źródłem do powstawania omamów zmysłowych. Omamy zmysłowe muszą przeto powstawać wedle Meynerta wskutek zadrażnienia obwodowych części narządów zmysłowych gdziekolwiek w drodze ich przebiegu, t. j. od obwodowych zakończeń aż do odpowiednich ośrodków zmysłowych podkorowych włącznie a głównie tych ostatnich. Zdanie swe opiera Meynert na następujących danych. Jeżeli kora mózgowa zajęta jest jakąś mozolną pracą, n. p. rozwiązywaniem trudnych zagadnień matematycznych, wtedy czynność zmysłowa jest bardzo upośledzona. Obwodowe zakończenia zmysłowe przyjmują wprawdzie wtedy wrażenia zmysłowe, ale nie zostają one spostrzegane, gdyż odpowiednie ośrodki zmysłowe podkorowe nie są czynne. Między czynnością kory mózgowej a czynnością ośrodków podkorowych istnieje pewnego rodzaju przeciwieństwo tak, że gdy kora mózgowa jest czynną, ośrodki podkorowe są w czynności swej upośledzone i na odwrót, gdy kora mózgowa jest w spoczynku, ośrodki podkorowe okazują czynność podwyższoną.

Zapatrywanie to ma anatomiczną podstawę. Jak wiadomo, krew do mózgu dochodzi dwiema głównemi drogami a mianowicie przez tętnice dogłowowe wewnętrzne *(carotis interna)* i przez tętnice kręgowe (*a. vertebralis*). *Art. carotis* dzieli się na dwie gałęzie: *art. fossae Sylvii s. cerebralis media* i *art. cerebralis anterior.* Obie tętnice kręgowe, złączone na podstawie mózgu w jeden pień, zwany *arteria basilaris*, rozdzielają się zaraz znowu na dwie odrębne tętnice, zwane *art. profundae sive posteriores cerebri*, z których każda za pomocą odpowiedniej *art. communicans posterior* łączy się z *art. cerebralis media* swej strony. *Art. communicans anterior*, łącząc obie *art. cerebri anteriores*, zamyka ten wielobok naczyniowy, zwany *circulus Willisii* a przeznaczony do ścisłego połączenia ze sobą wszystkich wspomnianych tętnic mózgowych. Od każdego z wspomnianych trzech pni tętniczych a mianowicie *art. cerebri anterior*, *media* i *posterior* odchodzą prawie prostopadle liczne, drobne tętniczki do ośrodków mózgowych podkorowych wieloma dziureczkami, od których pochodzi nazwa *laminae perforatae*. Tętniczki te tem się odznaczają, że w ciągu przebiegu swego nie łączą się już nigdzie ze sobą, to jest są t. zw. tętnicami końcowemi. Połączenie ich następuje dopiero w naczyniach włosowatych.

Tętnice mózgowe, przednia, średnia i tylna, po oddaniu wspomnianych tętniczek końcowych do środka mózgu, rozgałęziają się wielokrotnie i tworzą całą sieć połączeń na powierzchni mózgu, t. j. w oponie miękkiej a dopiero od tej sieci odchodzą prostopadle drobne tętniczki do kory mózgowej. Tak więc *circulus arteriosus Willisii* jest głównem korytem tętniczem, z którego odchodzą dwa odrębne działy naczyniowe: jeden bliższy, przeznaczony dla środka mózgu a głównie dla ośrodków jego podkorowych, drugi dalszy dla kory mózgowej; oba łączą się ze sobą tylko przez naczynia włosowate.

W czynnościowem przekrwieniu kory mózgowej, n. p. wskutek wytężającej pracy umysłowej a raczej duchowej, musi nastąpić niedokrewność w ośrodkach mózgowych podkorowych a przez to upośledzenie ich czynności. t. j. czynności zmysłowej odruchowej; podczas upośledzenia zaś czynności kory mózgowej zmniejsza się ściąganie soków odżywczych i wskutek braku przekrwienia czynnościowego zmniejsza się wypełnienie tętnic tego ogromnego działu naczyniowego, zaopatrującego korę w krew tętniczą; wtedy musi krew z tętnic należących do *circulus arteriosus Willisii* płynąć głównie do ośrodków podkorowych, albowiem serce pędzi tę samą ilość krwi do mózgu. W ten sposób tworzy się biernie przekrwienie czynnościowe ośrodków mózgowych podkorowych a więc zwiększa się ich czynność i drażliwość.

Gdy czynność zmysłowa ośrodków podkorowych w powyższy sposób jest podwyższoną, musi być i kora mózgowa częściowo czynną o tyle, że wrażenia zmysłowe dochodząc do świadomości, ciągle zajmują odpowiednie komórki korowe i przez to nie może nastąpić sen, t. j. spoczynek czynności kory mózgowej. Kojarzenie wyobrażeń, które jest główną czynnością kory mózgowej, musi jednak w tym razie być mocno upośledzone, gdyż do tej czynności potrzeba przekrwienia czynnościowego całej kory mózgowej a upośledzenia, t. j. zmniejszenia się czynności zmysłowej ośrodków podkorowych.

Ośrodki podkorowe dzielą się, jak już wyżej wspomniałem, na ośrodki zmysłowe, ośrodki ruchowe mimowolne, w zakresie mięśni zmysłowych (okoruchowych, zwężających i rozszerzających źrenicę, regulujących akomodacyę, napinających błony bębenkowe (*tensor tympani*) i t. p.), dalej ośrodki czucia pochodzącego od trzew a także ośrodki kierujące równowagą ciała. Rdzeń przedłużony zawiera ośrodki ruchów serca a także wdechu i wydechu a ich zadrażnienie sprawiać będzie uczucie duszności i lęku. Także i tu mieszczą się ośrodki płciowych uczuć i ruchów. Ośrodki naczynioruchowe umieszczone są wedle Owsiannikowa we wszystkich trzech częściach pnia mózgowego a mianowicie w szypułkach mózgowych (*pedunculi)*, moście Warola i w rdzeniu przedłużonym. Zadrażnienie ośrodków podkorowych sprawić przeto może nietylko omamy zmysłowe, ale także uczucia

duszności, lęku, zawrotów głowy, różne uczucia hipochondryczne i t. p.

Zadrażnienie tych ośrodków podkorowych skutkiem pewnych spraw odżywczych sprawia błędne wyobrażenie, jakoby to zadrażnienie pochodziło od przedmiotów zewnętrznych. Wedle Meynerta odbywa się cała czynność zmysłowa w ośrodkach podkorowych: w korze mózgowej zaś przychodzą otrzymane wrażenia zmysłowe tylko do świadomości i tu zostają zapamiętane, tracąc przytem zupełnie wszystkie cechy zmysłowości. Wedle Meynerta zadrażnienie wyłączne ośrodków zmysłowych korowych nie wywołuje przeto właściwych omamów zmysłowych, gdyż objawy w ten sposób powstałe różnią się co do swej siły i wyrazistości bardzo dobitnie od obrazów w powyższy sposób powstałych — te mają wybitną cechę zmysłową, gdy tamte mają być zupełnie podobne do obrazów, jakie dowolnie w wyobraźni sobie odtwarzamy. Wiemy przecież, że chociażby kto najżywszą miał wyobraźnię, nigdy nie potrafi pomyślanego tylko obrazu odtworzyć w tej sile i wyrazistości, by go nie mógł odróżnić od obrazu rzeczywistego.

Obrazy pamięciowe nie mają wedle Meynerta nic zmysłowego w sobie; obraz pamięciowy najjaskrawszego słońca niema w sobie ani bilionowej części światła robaczka świętojańskiego a zapamiętany huk najstraszniejszego wybuchu dynamitowego niema ani bilionowej części odgłosu, jaki daje włos padający na powierzchnię wody.

Właśnie dlatego, że obrazy pamięciowe nie mają ani śladu zmysłowości, odróżniamy je ściśle jako czynność wyłącznie duchową od czynności zmysłowych. Z tych powodów obrazy pamięciowe kory mózgowej nigdy nie bywają odnoszone na zewnątrz, gdyż kora sama jest nieczułą, ślepą i głuchą a spostrzeganie zmysłowe tworzy się całkowicie a więc wyłącznie i jedynie w ośrodkach podkorowych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Zamordowanie dziecka w przeświadczeniu zabicia djabła.

Podał

Dr. Ignacy Jendl,

c. k. lekarz powiatowy i sądowy w Brodach.

W pierwszej połowie stycznia b. r. odbył się we wsi C. pogrzeb majętnego wieśniaka. Rodzina zmarłego zaprosiła po pogrzebie swych znajomych, którzy w pogrzebie uczestniczyli niosąc chorągwie wedle przyjętego tamże zwyczaju. Stypa kilkogodzinna odbyła się w karczmie, położonej w środku wsi. Jeden z gości, gospodarz, nazwiskiem W. H. uległ prędko działaniu napojów wyskokowych tak, iż potrzeba było zanieść go do domu późną porą nocną. Na prośby usilne T., żony upojonego i N., jego teściowej zabrali W. H. dwaj gospodarze D. Ł. i M. Ł. i ponieśli go ku domowi. Atoli w połowie drogi zatrzymali się i oświadczyli kobietom, iż z powodu zmęczenia nie mogą W. ponieść dalej. Wówczas N. przyniosła z karczmy kwartę wódki a, gdy się D. i M. nią pokrzepili, zanieśli ubezwładnionego W. do jego zagrody i tutaj złożyli go na łóżku. N. poczęstowała obu włościan wódką; to też ci dobrze podochoceni poczęli zaczepiać obie kobiety. Kobiety widząc, w jakim stanie znajdują się D. i M., uciekły z zagrody W. do domu N. pozostawiając bezwładnego W. i 3-letniego chłopca A., brata T., który się chował przy siostrze, na opiece obu podochoconych wieśniaków. Z tych oddalił się wkrótce M. do swego domu, D. zaś pozostał nadal, wypił resztę wódki a znojem całodziennym i wódką osłabiony osunął się na ziemię i usnął ciężkim snem; z tego snu przebudził go głuchy stuk w ciemnej izbie; zerwał się zatem i wybiegł po dłuższej chwili z chaty W. do swej rodziny zapominając zabrać swoją czapkę. Przybiegłszy do swojej zagrody z dala już, jak zeznaje córka jego, M., domagał się od żony pokarmu, gdyż, jak twierdził, zmęczył się bardzo zabijając djabła. Zaspokoiwszy głód usnął i obudził się dopiero późnym rankiem, poczem udał się do chaty W., aby odebrać zapomnianą ubiegłej nocy czapkę. Tymczasem T. i N., kiedy przybyły z rana do chaty W., ujrzały A. leżącego bez życia na łóżku obok uśpionego jeszcze W. Zwłoki A. mocno pokrwawione okazywały wiele obrażeń, głównie zaś naderwanie kończyn ciała i strzaskanie czaszki, z której miazga mózgowa dobywała się na zewnątrz. Podejrzenie padło na D., ten jednakowoż zachował się całkiem obojętnie wobec czynionych zarzutów, dodając, iż nie wie, z jakiej przyczyny kobiety (N. i T.) zaczepiają go podejrzeniem zbrodni. Pomimo zaprzeczań zaaresztowano go z polecenia sądu.

Na wniosek prokuratoryi rządowej w Z. badaliśmy wspólnie z Drem Strumińskim obwinionego pod względem zboczenia umysłowego. Wynik badania był następujący:

D. Ł., około lat 30 mający, wzrostu średniego, dobrze zbudowany, miernie odżywiony, o kośćcu dobrze rozwiniętym, mięśniach jędrnych, ogólnych powłokach (skórnych) bladych, czaszce nieco wydłużonej, zresztą prawidłowej, źrenicach obustronnie prawidłowo szerokich, okazuje przewlekły nieżyt gardła miernego stopnia, (*pharyngitis catarrhalis chronica*). Ruchy ciała nieco sztywne, ostre, zresztą prawidłowe. Język prawidłowo ustawiony, okazuje miernego stopnia drżenie, toż samo rozstawione palce (*tremor*). Badanie organów wewnętrznych nie przedstawia żadnych zmian chorobowych. Apetyt i trawienie obecnie prawidłowe. W młodości swej nie przebywał żadnych chorób ciężkich. Na wiele pytań sobie zadawanych odpowiada jasno. Opowiada szczegółowo obecność swoją najprzód na pogrzebie a potem w karczmie, podaje ilość wypitych kieliszków wódki, następnie całą przeprawę z przeniesieniem W. H. do domu. Podaje ilość wódki w drodze, jako też w domu W. H. wypitej, sposób cucenia tegoż, pobyt tamże aż do uśnięcia i powrotu bez czapki do siebie do domu. Sposób opowiadania żywy, płynny, połączony z giestykulacyami świadczy o znacznie wyrobionej inteligencyi wrodzonej i pamięci. Czasami daje widocznie z umysłu wymijające odpowiedzi. Stósunek badanego do W. H., jego żony T., teściowej N. jako też jej syna śp. A. był obojętny, nie wskazując na żadną nienawiść lub nieprzyjaźń.

Nie mogąc z jednokrotnego badania wydać stanowczego orzeczenia co do stanu umysłowego D. Ł., zażądaliśmy poddania go powtórnemu zbadaniu za kilka dni i wezwania na ówczas 7 letniej jego córki M., jako też W. H., T., N. i M. Ł., uważając osobiste przesłuchanie ich za niezbędne do ocenienia stanu, w którym obwiniony dopuścił się zbrodni.

Wobec tego przychylił się Sąd powiatowy w B. do naszego żądania. Wynik powtórnego badania przedstawił się:

D. Ł. zachowuje się psychicznie prawidłowo i odpowiada na zapytania zupełnie tak, jak poprzednio. Przesłuchana w naszej obecności (a w nieobecności ojca D.) M. Ł., nad wiek swój umysłowo rozwinięta odpowiada jasno i bardzo rozsądnie, przy czem jednak zaznacza, że w obecności ojca swego, z obawy przed nim, zeznań swych nie powtórzy. Zeznania jej robią wrażenie szczerej prawdy. Przesłuchani następnie przez nas W. H., T., N. i M. Ł., każdy z osobna, odpowiadają co do faktów tak samo, jak poprzednio w śledztwie.

Jak badany sam zeznaje i jak wykazują akta śledcze, a zarazem i liczni stwierdzają świadkowie, a to mianowicie M. D., D. S., J. H., W. H., córka D. M., M. O., P. H., S. R., W. W. i J. W., nadużywał D. Ł. napojów wyskokowych a mianowicie prostej nieoczyszczonej wódki.

Badany z usposobienia prędki, pod wpływem nadmiernej ilości wódki stawał się nieraz gwałtownym, wszczynał burdy, awantury, nie tylko w domu bił żonę i dzieci, lecz i po za domem, zwłaszcza często w karczmie. Wskutek działania wyskoku na ustrój wystąpiło u badanego przewlekłe nim zatrucie (*alcoholismus chronicus*), czego następstwem były jego czyny gwałtowne, potęgujące się po spożyciu większych dawek. W dniu 14. stycznia b. r. wypił badany — jak sam i świadkowie zeznają, najpierw na pogrzebie i po pogrzebie, następnie w karczmie, po drodze do W. H., jako też w domu jego znaczną ilość wódki (razem około $1^1/_2$ kwarty). Pod wpływem tej ilości wystąpiły u badanego, najprawdopodobniej jak w zatruciu przewlekłem, omamy wzroku, zwidywania (*hallucinationes*), widzenie straszydeł — a w danym przypadku djabła. W stanie tym cechującym się nadto popędem do niszczenia, mógł badany przy omamie wzroku dopuścić się zabójstwa dziecka, które uważał za djabła (który nań wylazł), zadając mnogą ilość obrażeń cielesnych, które go wkrótce pozbawić musiały życia.

Po spełnieniu czynu, dogodziwszy popędowi maniakowemu, umęczony fizycznie — przestraszony widzeniem djabła uciekł do domu bez czapki. W pierwszej chwili przyszedłszy do domu w przekonaniu, że spełnił heroiczny czyn, woła już na podwórzu i następnie wstępując do chaty chwali się przed żoną i córką, iż zabił djabła. Przyszedłszy jednak do częściowej świadomości, gdy zjadł, tem więcej gdy się przespał, w obawie przed grozą czynu i jego następstw postanawia całkowicie zaprzeczać wszystkiemu, co tyczyło się śmierci dziecka, a zgodnie z tem postanowieniem zaraz następnego dnia z rana udając się po czapkę do domu, gdzie dopuścił się zbrodni, zaprzecza wszelkim zarzucanym sobie czynom i spokojnie wychodzi z chaty.

Po 3-dniowej zwłoce podaliśmy następujące orzeczenie:

1) D. Ł. jest obecnie pod względem umysłowym zupełnie zdrów tak, iż za czyny swe obecne może odpowiadać. Ponadto okazuje pewnego stopnia inteligencyę i wrodzony spryt.

5) D. Ł. musiał nadużywać napojów wyskokowych, jak za tem przemawiają znaleziony u niego przewlekły nieżyt jamy ust i gardziela, drżenie języka i palców miernego stopnia, nadto i zeznania świadków, tyczące się wielu bójek, w których obwiniony zawsze brał czynny udział.

4) Z doświadczenia lekarskiego wypada, iż nałogowi opilcy łatwo podlegają zboczeniom umysłu pod wpływem nadużycia trunków; zboczenia te cechują się podnieceniem, omamami zmysłowemi i halucynacyami. Ponieważ obwiniony D. Ł. od dawna już oddawał się pijaństwu a przed popełnieniem zbrodni wypił półtorej kwarty wódki w ciągu krótkiego czasu, przeto zdaje się, że nie ulega wątpliwości, iż w stanie nienaturalnego podniecenia, przerażony zwidywaniami przykremi, dopuścił się zbrodni morderstwa dziecka, jednak w tem przeświadczeniu, iż zabija djabła.

4) Że zbrodni morderstwa dopuścił się w zamroczeniu umysłu, świadczy przede wszystkiem okoliczność zeznaniami świadków potwierdzona, iż nie żywił złości ani do dziecka zabitego, ani do jego rodziny, wreszcie i sam sposób popełnienia zbrodni. Sądząc bowiem z uszkodzeń, jakie wykazano na zwłokach, musiał obwiniony z nieludzką zaciętością pastwić się nad ofiarą.

5) Chociaż obwiniony popełnił zbrodnię sobie zarzuconą w stanie zboczenia umysłowego, to przecież jest on czynu swego niezawodnie częściowo świadomym a tylko z rozmysłu tłómaczy się wobec sądu nieświadomością zajścia.

6) Obwiniony zabijając dziecię, nie uczynił tego rozmyślnie, lecz w przeświadczeniu, iż zabija czarta.

III.

Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyo!

Upraszam uprzejmie o łaskawe umieszczenie następującej wzmianki:

Po wydrukowaniu już rozprawy p. t.: *O wessaniu ciał nierozpuszczalnych z jam surowiczych*, przekonałem się z przykrością, że w zarysie historycznym, umieszczonym na wstępie tej rozprawy, pominąłem pracę prof. Obalińskiego, ogłoszoną w roku 1880. w *Przeglądzie lekarskim* p. t.: *Doświadczalny przyczynek do przetaczania krwi do jamy otrzewnowej*. Lubo praca ta niezupełnie wchodzi w zakres moich badań, które miały na celu wykazanie dróg, któremi ciała nierozpuszczalne dostają się z jam surowiczych do obiegu krwi, mimo to uważam za obowiązek swój po krótce wspomnieć o cennej rozprawie prof. Obalińskiego, by w ten sposób naprawić błąd popełniony przez jej przeoczenie.

Doświadczenia wykonane przez prof. O. miały na względzie zbadanie, jak szybko krew wstrzyknięta do jamy brzusznej ulega wessaniu, a to w tym celu, aby wyjaśnić, czy proponowane przez Ponficka wstrzykiwanie krwi do jamy otrzewnowej w celach leczniczych jest racyonalne. Prof. O. obrał w badaniach swych dwie drogi. W jednej seryi doświadczeń śledził postęp resorpcyi w ten sposób, że badał ilość ciałek we krwi zwierzęcia przed wstrzyknięciem, jako też i przez kilkadziesiąt godzin po wstrzyknięciu krwi do jamy otrzewnowej; w drugim szeregu doświadczeń sprawdzał wprost we zwłokach, w jakim czasie wprowadzona do jamy brzusznej krew ulega w zupełności wessaniu. Doświadczenia te wykazały, że resorpcya krwi z jamy otrzewnowej odbywa się bardzo powoli (na 1 kg. zwierzęcia i godzinę 0·5—0·6 grm. krwi), że krew, która uległa wessaniu z jamy brzusznej rzeczywiście dostaje się do naczyń krwionośnych i przyczynia do powiększenia ilości ciałek krwi w ogólnym obiegu; przybytek ciałek czerwonych krwi wynosił w tych doświadczeniach 12—48%. *A. Beck.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Pamiętnik oddziału chirurgicznego

szpitala św. Łazarza w Krakowie wydany przez prof. Dra Alfreda Obalińskiego, lekarza naczelnego tegoż oddziału przy współudziale prof. Dra P. Pieniążka, Drów S. Blatteisa, W. Jeża, F. Krzyształowicza, C. Podgórskiego, M. Rutkowskiego i L. Wachholza, Architekty Karola Zaremby i Rządcy szpitala A. Bieńkowskiego. Kraków, nakładem Wydziału krajowego Król. Galicyi i Lodomeryi. 1893. Duża 8-ka, str. 211.

W dniu 7. b. m. rozdano wszystkim uczestnikom uroczystości otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza powyższą książkę, wydaną przez długoletniego kierownika oddziału, profesora Obalińskiego za udziałem jego współpracowników lekarskich, technicznych i administracyjnych, jako trwałą pamiątkę tej pięknej i podniosłej chwili, w której z jednej strony kraj idąc z pomocą cierpiącej ludzkości i nie szczędząc wcale kosztów oddał na jej usługi nowy wspaniały gmach, gdzie chorzy z rąk dzielnego prymaryusza oddziału mają odzyskiwać nadwichnięte swe zdrowie, z drugiej zaś strony koledzy — starsi przejęci uznaniem dla cennych przymiotów charakteru kolegi, młodsi kierując się uczuciem wdzięczności dla swego zacnego nauczyciela, składali publiczny hołd 25 letniej uczciwej i sumiennej pracy.

Pamiętnik ten przedstawia się jako okazała książka niepotrzebująca się obawiać porównania z żadnem podobnem wydawnictwem zagranicznem. Po wstępie przedstawiającym w krótkich rysach historyę oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza pióra prof. Obalińskiego natrafiamy na 2 tablice statystyczne. Cyfry te na pozór martwe a przecież tak bardzo wymowne. Z wykazu ruchu chorych w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza w Krakowie od początku roku 1871. do końca roku 1892. dowiadujemy się, że w r. 1871 leczono w tymże oddziale 643 chorych a w r. 1892 1308. Dołączony zaś wykaz operacyj wykonanych w oddziale chirurgicznym od 1-go lipca 1870 do 30-go czerwca 1893 roku podaje, że liczba operacyj, przeważnie wielkich, kapitalnych, doszła do ogólnej cyfry 9091. Jeżeli prawdziwą jest zasada uznana od dawna przez starych lekarzy, że szpitale tylko wówczas są próżne, jeżeli albo strawa w nich niesmaczna albo lekarze niedobrzy, to chyba wobec tych cyfr zarzut podobny lekarzy oddziału chirurgicznego a zwłaszcza jego szefa spotkać nie może.

Nic więc też dziwnego, że prace ogłoszone w *Pamiętniku*, oparte na bogatym, dokładnie obserwowanym i należycie zużytkowanym materyale oddziałowym, zawierają przepiękną wiązankę wniosków i zasad wynikłych z doświadczenia sumiennego lekarza umiejącego korzystać zarówno z przypadków pomyślnych jak i niepomyślnych. To też książkę czyta się z prawdziwem zajęciem a lekarz młodszy, mniej może *in chirurgicis* doświadczony, arcywiele tam może się nauczyć.

Między pracami temi prym wodzi artykuł prof. Obalińskiego pod tytułem: O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej na podstawie 110 własnych przypadków. Oparty na materyale, jakiego mu pozazdrościć może chyba każdy chirurg w Europie, wysnuwa zeń autor wnioski, które sobie każdy lekarz sumienny złotemi głoskami zapisać winien jako dyrektywę i regułę w swem postępowaniu wobec przypadków powikłania jelit. Nie myślę tu streszczać pięknej tej pracy, gdyż Czytelnicy *Przeglądu lekarskiego* w zarysach i tak ją już znają z wyczerpującego sprawozdania z 5-go zjazdu chirurgów polskich umieszczonego w Nrze 31 a w streszczaniu prawdziwie żal by było uronić aby jedno zdanie. Możemy tylko każdemu jak najgoręcej polecić sumienne przestudyowanie całej rozprawy napisanej z głębokiem przejęciem się sprawą stylem potoczystym i łatwym.

Nie mniej cenną jest praca prof. Pieniążka pod tytułem: Choroby krtani i tchawicy leczone w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza od r. 1870—1892. Bogaty materyał został starannie ugrupowany przez autora, który w znacznej części sam przypadki tu opisane obserwował i operował, ciesząc się równem powodzeniem w zabiegach endolaryngealnych, jak i w operacyach już czysto chirurgicznych, wykonanych z zewnątrz. Musiałbym przekroczyć ramy niniejszego referatu, gdybym chciał przejść szczegółowo przypadki grupami według dokonanych operacyj, przez autora zestawione. Powtórzyć tu tylko wypada, że zarówno autor jak i prof. Obaliński są gorącymi zwolennikami laryngofisyi, którą wykonano 46 razy z najrozmaitszych wskazań, częstokroć w stósunkach nader trudnych i przykrych. Operacyę tę, zarówno jak i wycięcie całkowite krtani robi się obecnie w szpitalu św. Łazarza zazwyczaj bez poprzedniej tracheotomii, przy zwieszeniu głowy, przez co unika się niebezpieczeństwa aspiracyi krwi i uszczuplania bez potrzeby pola operacyjnego przez zakładanie kaniuli tracheotomijnej.

Nadmienić tu też wypada, że z pomiędzy trzech przypadków wycięcia całej krtani dokonanego przez prof. Obalińskiego w jednym nie znaleziono recydywy jeszcze po $1^1/_2$, w drugim nawet po 2 latach. Co do reszty arcyciekawej kazuistyki, odesłać musimy interesujących się przedmiotem do oryginalnej rozprawy.

Po pracy prof. Pieniążka następuje artykuł Dra Blatteisa zatytułowany: Pogląd statystyczny na nowotwory rakowe leczone .... nie kuszący się, jak sam autor przyznaje, o rozwiązanie ani rozjaśnienie żadnych zagadnień a pragnący tylko być sprawozdaniem z dwudziesto-trzechletniej na tem polu czynności. Założeniu temu praca ta w całości czyni zadość. Raków w tym czasie leczono u prof. Obalińskiego w oddziale 900 a mianowicie 673 przybłoniaków a 227 innych form. W pierwszej grupie znaczną przewagę mieli mężczyźni (rak wargi dolnej), w drugiej kobiety (sutki, macica); 201 razy zdołał autor zasięgnąć wieści o dalszych losach operowanych po opuszczeniu zakładu a mianowicie u 57 nie pojawiła się recydywa (w niektórych przypadkach nawet po 4 latach). Reszta w rozmaitych okresach doznawała nawrotu czy to w miejscu pierwotnej choroby, czy też w organach odleglejszych. Dziedziczności nowotworów złośliwych autor wykazać nie mógł; natomiast do rzędu okoliczności usposabiających i wywolujących powstanie nowotworu oprócz powszechnie przyjętych na podstawie 3ch szpitalnych obserwacyj zalicza także i uraz. Postępowanie wobec raków, w ostatnich zwłaszcza latach, było zawsze energiczne t. j. oprócz nowotworu usuwano zawsze i najbliższe a czasem i dalsze gruczoły limfatyczne. Zwrócić tu jednak wypada uwagę, że w 21 przypadkach i to nawet dość rozległych raków wargi dolnej gruczoły po operacyi zmniejszyły się lub zupełnie powiększenie ich ustąpiło.

Również nader ważną dla praktyki jest obserwacya, potwierdzona także w oddziale prof. Obalińskiego przez Dra Hempla, iż robiąc skrawki z brzegów rany po wycięciu raka wargi dolnej, choć dość daleko od granicy raka biegnącej, napotkać można wąskie smużki nowotworu rakowego idące promienisto od granic nowotworu a odpowiadające naczyniom limfatycznym.

Piękna praca przedwcześnie zgasłego Dra Podgórskiego i Dra Rutkowskiego zatytułowana: Pogląd statystyczny na przepukliny leczone . . . przeplatana licznemi i zajmującemi obserwacyami kazuistycznemi daje dokładny obraz wszystkich przypadków przepuklin leczonych w szpitalu. Prof. Obaliński jest gorącym zwolennikiem operacyj radykalnych hernii, które wykonywał zarówno wobec przepuklin wolnych jak i uwięzłych, kilkakrotnie nawet po dokonaniu pierwotnej resekcyi

jelit z powodu zgorzeli. Co do metody, to między r. 1888 a 1890 operowano przeważnie według Mac. E v e n a z modyfikacyą O b a l i ń s k i e g o a odtąd prawie wyłącznie według B a s s i n i e g o. Tego ostatniego sposobu użyto wogóle 73 razy, przeważnie z dobrym wynikiem. Wobec zgorzeli jelit wskutek uwięźnięcia przepukliny w zasadzie O b a l i ń s k i jest zwolennikiem resekcyi i szwu doraźnego a odstępuje od tej zasady tylko wobec wyjątkowych i bardzo rzadkich przeciwskazań.

Prace Drów K r z y s z t a ł o w i c z a i J e ż a: O l e c z e n i u z w ę ż e ń c e w k i m o c z o w e j i o t o k ó w r o p n y c h k l a t k i p i e r s i o w e j zaznajamiają nas z tyczącym się tego materyałem szpitalnym. Przytoczyć tu należy, że O b a l i ń s k i 6 razy wykonał torakoplastykę celem usunięcia długotrwałego ropienia opłucnowego a mianowicie 8 razy z wynikiem zupełnie pomyślnym, 2 razy wynik ostateczny nie był wiadomy a jeden chory, u którego operacyę tę 2 razy musiano wykonać, umarł z gruźlicy przed wygojeniem się sprawy opłucnowej.

Szereg prac ściśle lekarskich kończy piękna rozprawa W a c h h o l z a: O z ł a m a n i a c h k o ś c i t u ł o w i a i k o ń c z y n p o d w z g l ę d e m s ą d o w o - l e k a r s k i m.

Dalej następuje o p i s n o w e g o p a w i l o n u c h i r u r g i c z n e g o przez architekta K a r o l a Z a r e m b ę, twórcę i kierownika budowy tegoż pawilonu. Z opisu tego dowiadujemy się, że pawilon ma dwie sale operacyjne przedzielone od siebie małym pokoikiem, w którym umieszczono sterylizatory dla opatrunków, bielizny i t. p. Sala większa mogąca służyć zarazem za salę wykładową, przeznaczona jest dla operacyj zwykłych, jestto sala a n t y s e p t y c z n a; w drugiej mniejszej wykonywane będą jedynie operacye a s e p t y c z n e. Urządzenie tych sal odpowiada najzupełniej wszelkim wymaganiom nowoczesnej chirurgii. Dla pomieszczenia chorych służą 4 sale (po 2 na piętrze), na 26 m. długie, 8·5 m. szerokie a 4·5 m. wysokie, mieszczące w sobie po 24 łóżek dla chorych i jednem łóżku dla posługacza tak, że na jedno łóżko przypada 39·78 m. sześć. powietrza. Łóżka są żelazne, zaopatrzone w materace włósienne, szafki przy nich również żelazne. Do każdej z wielkich sal należy mały pokoik opatrzony w zlew i kuchenkę żelazną do ogrzewania potraw, jak niemniej i własna łazienka. Oprócz tego jest jeszcze kilka mniejszych pokoi dla chorych I. i II. klasy. W całym domu jest zaprowadzony wodociąg, do którego dostarcza wody motor gazowy o sile 2 koni z własnej studni, niedaleko pawilonu się znajdującej. Oprócz tego urządzono jeszcze drugi wodociąg dostarczający ciepłej wody do kąpieli i do sal operacyjnych. Ogrzewanie i wentylacya centralne systemu i wykonania K u r z a, R i e t s c h l a i H e n n e b e r g a; oświetlenie w salach operacyjnych, na kurytarzach, schodach i wychodkach gazowe, w salach chorych naftowe.

Wogóle należy przytoczyć, że w budowie pawilonu zużytkował budowniczy wszelkie zdobycze na polu architektury zakładów lekarskich i uczynił zadość ich wymaganiom, zadawalniając równocześnie i lekarzy i Wydział krajowy stojący na straży raz uchwalonego preliminarza.

Trzebicky.

Terapia.

L o r a n d: **O leczeniu wrzodu miękkiego ciepłem metodą Welandera.**

(Z oddziału szpitalnego Dra Welandera w Sztokholmie.)

Sposób Welandera leczenia wrzodu miękkiego opiera się na doświadczeniach W. Boeka i Auberta, z których wypada, iż jad wrzodu miękkiego traci przez ogrzanie do 40° C. swą zaraźliwość a sposób ten jest tak skuteczny, jak o tem przekonał się osobiście Lorand, iż chorzy z wrzodami nawet bardzo rozległemi już po dwóch dniach leczenia opuszczają szpital.

Otóż ten sposób Welandera jest następujący:

Do pokoju osobno w tym celu urządzonego doprowadzają wodę dwie rury, jedna ciepłą, druga zimną. Rury te służą do napełniania dosyć dużego zbiornika miedzianego wodą, mającą mniej więcej 50° C. a do utrzymania tej temperatury służy mały płomień gazowy. Z tego zbiornika wychodzi woda przez rurę naprzód kauczukową, potem ołowianą a następnie znów kauczukową do kanki. Od zbiornika odchodzą dwa takie wodociągi, by można naraz leczyć po dwóch pacyentów.

Z doświadczenia pokazuje się, iż wrzodom trzeba nadać temperaturę 41° C. i że do tego, rachując na oziębienie się wody w rurach, trzeba mieć temperaturę 50° C. w zbiorniku. —

Ażeby do tego celu dojść a przecież nie oparzyć, odcina się naprzód brzegi podminowanych wrzodów, pokrywa wrzód małemi płatkami bawełnianemi, w wodzie ciepłej zmaczanemi, które przyciska się ściśle do wrzodu, na to daje się kilka pokładów waty również zmaczanej w ciepłej wodzie i to wszystko obwija rurą ołowianą, następnie watą i jeszcze papierem gutaperkowym.

To opatrzenie zmienia się ze względu na potrzebę oddawania moczu i kału po trzy razy dziennie. Pacyent leży przez dwa dni w łóżku, poczem wrzód jest zupełnie czysty, traci zupełnie swą zaraźliwość tak, iż dalsze leczenie odbywać się może w domu.

Po dwóch dniach takiego leczenia okazuje wrzód następujące zmiany: żółte dno jego ginie już po 10 do 12 godzinach; po największej części już po jednym dniu wrzody wyglądają czysto, zaczynają się wypełniać, nacieki w sąsiedztwie znikają a wydzielanie się ustaje zupełnie. Po dwóch dniach miejsce wrzodów zajmują rany czyste z granulacyami. Dla przyspieszenia wyleczenia można dalej jeszcze używać ciepła w sposób co właśnie podany. Po skończeniu tego leczenia używa Welander z bardzo pomyślnym skutkiem dermatolu.

Oczywiście, że po dwóch dniach leczenia ciepłem według sposobu Welandera wrzody nie są i nie mogą być już zupełnie zagojone, ale jestto już bardzo wielkiem dobrodziejstwem dla chorych, że po dwóch dniach mogą opuścić szpital i że wrzody ich przemieniły się w czyste rany, rzecz prosta, najzupełniej nie zaraźliwe.

Największe jednak korzyści ze sposobu Welandera widzi Lorand w uniknieniu dymienic. Jakoż na 118 przypadków nie przyszło w oddziele Dra Welandera ani razu do dymienic, jeżeli tylko leczenie rozpoczęło się wkrótce po powstaniu wrzodu, pierwej, nim zaczęły obrzmiewać gruczoły limfatyczne. (*Wiener med. Wochschr. 40. 1893*). *D.*

Notatki terapeutyczne.

Do obojętnej masy pigułkowej podaje Carles następujący przepis:

121) Rp. *Kaolini partes duas*
Natrii sulfurici deshydrati
Aquae destil.
āā partem unam.

Masa ta jest plastyczną i daje się urobić przez 6 do 10 minut a po kwadransie twardnieje zupełnie; dzięki swej zupełnej obojętności nadaje się bardzo dobrze do połączeń metalicznych, łatwo rozkładających się, jak azotan srebrowy, chlorek złota, jodek rtęci, nadmanganczan potasowy i t. d. (*Pharm. Journal and Transact. 1893*).

Gaemo zaleca następującą zasypkę dla dzieci:

122) Rp. *Aluminis*
Acidi borici
āā partes 15
Calcii carbon. praecipit. 150 partes
Amyli puri 250 „
Acidi carbolici 3 „
Olei citrici aliquas guttas.
(*Schw. Wochschr. f. Pharmacie. 1893*).

Rossolo i Macdonald zalecają przeciw krwawnicom (*haemorrhoides*) czopki sporządzone podług przepisu:

123) Rp. *Chrysarobini 0·06*
Butyri de cacao 1·80
Jodoformii 0·015
Exti belladonnae 0·006
M. f. l. a. suppositorium.

V. La première ovariotomie faite en France avec succès.

Pod takim nagłówkiem zamieszcza Dr. Rolland w nrze 39. tygodnika *Le Progrès medical* oznajmienie, które z wielu względów nie powinno być dla nas obojętne.

Ażeby uwidocznić wszystkie odcienia przewodniej myśli Dra Rollanda, przytaczamy list jego niemal w całości:

„Jeśliby zapytano się, powiada Rolland, ucznia pierwszego roku medycyny, jak się nazywał chemik, który wynalazł sposób barwienia drobnoustrojów, pytanie to nie sprawiłoby mu wiele kłopotu; natomiast gdyby zagadnięto grono lekarzy, jak się nazywał ten operator, który pierwszy nietylko we Francyi, lecz i w całej Europie (z wyjątkiem Anglii) dokonał z pomyślnym skutkiem owaryotomii, cztery piątych przyznałoby się do niewiadomości.

„Autorowie, którzy kreślili dzieje tej, tak dziś ważnej operacyi, wymieniając nazwisko tego niepospolitego lekarza, przekręcają je, gdyż nie Woyerkowski, lecz Wóycikowski nazywał się ten zdolny chirurg, który swoją biegłością i talentem dowiódł możności wykonania operacyi, którą pierwszorzędne powagi chirurgiczne owego czasu nazwały bezmyślnem szaleństwem.

„Jestem w posiadaniu, pisze Rolland, świadectwa dojrzałości Wóycikowskiego z r. 1837 i jego dyplomu na stopień doktora medycyny, wydanego przez Akademię w Montpellier 1840 r. oraz czytelnego poświadczenia odbioru tych dokumentów przez Wóycikowskiego.

„Wspomniona operacya odbyła się dnia 28. kwietnia 1844 r. we wsi Montfort, w asystencyi Drów Matoszewicza i Mourseta.

„Dziennik *Le Franc-Comtois* w nrze 46. z dnia 8. czerwca 1844 r. ogłosił następujący list naocznego świadka operacyi:

Panie Redaktorze!

Masz chwalebny zwyczaj ogłaszania wszystkiego, co nosi na sobie znamię niepospolitości; upraszam więc Cię o zamieszczenie wiadomości pierwszorzędnej wagi.

Dr. Wóycikowski, Polak, stale zamieszkały w miasteczku Quingey, dokonał z zupełnem powodzeniem niezwykłej operacyi. Wyciął on przez powłoki brzuszne guz olbrzymich rozmiarów, ważący $3^1/_4$ klg., z którym złączona była bezkształtna gruda szczątkowa płodu. Aktowi operacyjnemu asystowali umyślnie w tym celu przybyli głośnego imienia lekarze: Matoszewicz i Mourset. Jako świadek naoczny nie mogę zataić swego zdumienia tak dla wiedzy i zręczności szczęśliwego operatora, jak i nadziemskiej odwagi i cierpliwości operowanej, pani Reptomar z Montfort, która podczas całej operacyi dosłownie miała swe trzewa złożone na udach.

Operacyą tą niezawodnie wzbogaci Dr. Wóycikowski roczniki nauki lekarskiej a tego rodzaju przysługą odpłaci on hojnie i szlachetnie gościnność, której mu Francya użyczyła.

Quingey, 3. czerwca 1844 r. *G. D.*

„Operowana, pani Reptomar, zmarła dopiero przed kilku laty.

„Dr. Wóycikowski urodził się d. 15. sierpnia 1809 r. w Sandomierzu. Po ukończeniu nauk lekarskich osiadł w małej mieścinie Quingey, gdzie przebywał do r. 1861; tego rodzaju partykularz nietylko nie dał pola dla działalności tak wysoce uzdolnionego człowieka, lecz nie zapewnił mu nawet bytu materyalnego. W r. 1861 przeniósł się Wóycikowski do Paryża; nie posiadając jednak gotówki nie miał o czem przeczekać przednowku i niepoznany, jeśli niezapoznany, popadł w niedostatek; następnie przeniósł się na dożywocie w Dijon i tam dokonał żywota w roku 1882, dnia 18. marca.

„Po wieloletniej chorobie zmarł w r. 1891 syn ś. p. Wóycikowskiego, urzędnik kolejowy niższego stopnia. Pozostała wdowa z dwojgiem dzieci z pracy rąk zdobywa sobie chleb powszedni. Wnukowie Wóycikowskiego, lekarza, który pierwszy we Francyi wykonał tę operacyę, która od r. 1867 milionów przysporzyła chirurgom po wielkich miastach, cierpią głód!

„Atoli nie wyciągam ręki, pisze Rolland, dla rodziny Wóycikowskiego, która mnie do tego nie upoważniła. Poczuwam się jednak do obowiązku zawiadomienia szerokich kół lekarskich, że zarząd miasta Dijon przemienia cmentarz, na którym spoczywają zwłoki Wóycikowskiego, na obszar budowlany; a skoro wnukowie nie mają środków do przeniesienia szczątków śmiertelnych swego dziada na cmentarz nowy, prochy Wóycikowskiego rozwieje wiatr.

„Żywo pragnę oszczędzić naszym znakomitym chirurgom wyrzutu, który pierwszy lepszy dziennik polityczny mógłby im cisnąć w twarz, że nie posiadali dosyć wspaniałomyślności uczynienia tego dla Wóycikowskiego, co okulista Haltenhoff z Genewy a za nim ogół lekarski zdziałali dla innego znowu miasteczkowego lekarza, który nosił imię Daviel [1])".

Wreszcie, zakończa swój list Rolland, oświadcza, że rodziny Wóycikowskiego osobiście nie zna a natomiast posiada autografy i fotografię jego.

Dr. E. Rolland
Redaktor *Bulletin d'Oculistique de Toulouse.*

W przypisku zawiadamia Rolland, że administracya [2]) jego dziennika przyjmuje składki, które nie mają być wyższe nad 2 franki, z wyjątkiem dla profesorów uniwersytetu i lekarzy wielkiego używających rozgłosu.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Sprawozdanie z V. Zjazdu chirurgów polskich.

Podał
Dr. Karol Klecki.
(Dok. Patrz Nr. 40).

Z powodu spóźnionej pory zapowiedziana sekcya psa, któremu Dr. Klecki wykluczył pętlę jelita cienkiego przed 70 dniami, nie doszła do skutku podczas posiedzenia zjazdu.

Również nie odbyły się wykłady Dra Sawickiego (z Warszawy): W sprawie ropni wątroby oraz Dra Kryńskiego (z Krakowa): O antyseptyce w jamie brzusznej.

[1]) Davielowi lekarze francuscy wystawili pomnik.
[2]) Redakcya *Przeglądu lekarskiego* w Krakowie a Dr. Chądzyński we Lwowie przy ulicy Sobieskiego Nr. 4 przyjmują datki na cel, o którym mowa.

Ciąg dalszy dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego.

Prof. Gluziński jeszcze raz oświadcza, że objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego nie są jedynemi objawami patognostycznemi w niedrożności jelit, że występują one częstokroć późno i że brak ich bynajmniej nie wyklucza mechanicznej niedrożności jelita. Internista, zawezwany do przypadku, w którym rozpoznanie nie jest pewne, musi myśleć o wielu innych chorobach, przede wszystkiem zaś o *ileus paralyticus*. Co się zaś tyczy terapii, to nawet w tych przypadkach, w których z pewnością rozpoznano niedrożność mechaniczną, można się czasami obejść bez operacyi. Prof. Gluziński, będąc asystentem kliniki wewnętrznej, miał przypadek mechanicznej niedrożności jelita, przywieziony do kliniki na 6-ty czy 7-my dzień po wystąpieniu choroby. Po stósowaniu przez noc całą masażu, wysokich wlewań i elektryzacyi, chory oddał stolec i laparotomia stała się zbyteczną. Jeśli objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego wystąpiły, przemawiają one za mechaniczną niedrożnością; wobec późnego ich występowania niepodobna jednak żądać od internistów, by w przypadkach wątpliwych rozpoznawali sprawę po upływie pierwszych 12 tu godzin po zasłabnięciu.

Prof. Rydygier przypomina prof. Obalińskiemu, że nieobecny na dzisiejszem posiedzeniu Dr. Schramm zapytywał się, czy wobec systemu, jakiego przez tak długi czas trzymał się prof. Obaliński, t. j. wobec tego, że każdy przypadek niedrożności jelita, nawet wątpliwy, laparotomował próbnie, nie zdarzyło się, że operacya w danym przypadku okazała się niepotrzebną.

Prof. Obaliński odpowiada, że okazało się to w jednym przypadku (na 110).

Prof. Rydygier oświadcza w dalszym ciągu, że przypadki mechanicznej niedrożności jelita, które dostają się do kliniki chirurgicznej, stanowią materyał, który już był przeszedł przez ręce lekarzy; rocznie przybywa do kliniki po 3—4 takich przypadków. Przy usilnej pracy asystentów udaje się w niektórych przypadkach, w których ruchy przeciwrobaczkowe jelit już były wystąpiły, sprowadzić stolec za pomocą środków mechanicznych. W zaparciu kałowem znacznego stopnia może również wystąpić zwiększenie się ruchu robaczkowego jelita. Nie podlega wcale dyskusyi, że należy operować w każdym przypadku niedrożności jelita, powstałej wskutek zmian bliznowatych w jamie otrzewnej; rozpoznanie jednak w podobnych przypadkach bywa czasami bardzo trudne a nawet niepodobne. W praktyce prywatnej stosunki są jednak odmienne, jak w klinice: w klinice, mając wszystko pod ręką, można prędzej zwlekać z operacyą i próbować wywołać stolec środkami mechanicznemi, gdyż chory jest stale pod okiem lekarza; w praktyce prywatnej nie zawsze to jest możebnem; ztąd pochodzi zarzut, że czasami operuje sie niepotrzebnie. Prof. Rydygier, uwzględniając trudności rozpoznania, nie żąda od internistów dyagnozy tak wczesnej, jak tego pragnie prof. Obaliński, lecz sądzi, że rozpoznanie w trudnych przypadkach i zawiłych może wymagać i dwóch do trzech dni po zasłabnięciu. Objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego w rozpoznaniu choroby bezwątpienia ważną odgrywają rolę; mowca prosi prof. Obalińskiego o wyjaśnienie, kto właściwie pierwszy zwrócił uwagę na ruch przeciwrobaczkowy w niedrożności jelita: prof. Obaliński czy Schlange?

Doc. Dr. Bossowski (z Krakowa) występuje głównie przeciwko zapatrywaniu się prof. Gluzińskiego, jakoby w niektórych przypadkach mechanicznej niedrożności jelita można było obejść się bez operacyi. Mowca powołuje się na przypadki kliniczne z czasów swojej asystentury w klinice chirurgicznej. W roku 1888 przybył do kliniki chory z objawami *ileus*; przez energiczne stósowanie wlewań Hegara wywołano wreszcie stolec i chory po 3 dniach zakład opuścił. Po upływie 7 miesięcy przybył powtórnie do kliniki również z objawami *ileus*; wlewania nie pomogły już jednak. Operacya wykazała uchyłek Meckela i uwięznięcie jelita około tego uchyłka. Wycięto jelito. Przypadek ten zakończył się śmiertelnie. W drugim przypadku rozpoznano w klinice zatkanie jelit kałem (*obstructio intestini stercoralis*); przez wlewania Hegara wywołano stolec; chory począł gorączkować, przeniesiono go do kliniki wewnętrznej, gdzie zmarł. Sekcya wykazała skręcenie, zgorzel i przedziurawienie zagięcia esowatego. Na zasadzie tych dwóch przypadków dochodzi mowca do wniosku, że sprowadzenie stolca przez wlewania Hegara nie zawsze daje wyniki pomyślne dla chorego. Gdyby w pierwszym przypadku przystąpiono odrazu do operacyi, chory mógłby być uratowanym. Doc. Dr. Bossowski obserwował trzeci przypadek, w którym chorego przez 12 dni po zasłabnięciu bezskutecznie leczono w domu. Nareszcie przywieziono go do kliniki, gdzie również po wlewaniach Hegara przez 2 godziny udało się sprowadzić stolec. W stolcu tym znalazł mowca kalomel i inne leki poprzednio zadawane w masie kałowej zupełnie niezmienione, które oczywiście więc nie mogły były zupełnie działać na ustrój. Gdyby wcześniej w przypadku tym wykonano operacyę, chory byłby z pewnością rychlej uleczony.

Dr. Wehr (ze Lwowa) zgadza się z profesorem Gluzińskim, że brak objawów przytoczonych przez prof. Obalińskiego nie wyklucza mechanicznej niedrożności jelita. Z drugiej strony objawy te występują czasami w przypadkach nienadających się zupełnie do operacyi. W jednym przypadku, w którym wystąpiły objawy niedrożności jelita i w którym już zdecydował się na laparotomię, okazało się, że objawy te sprowadził tampon, pozostawiony w odbytnicy po operacyi hemoroidów.

Dr. Sawicki (z Warszawy) przytacza przypadek z kliniki chirurgicznej warszawskiej, w którym wystąpiły objawy niedrożności jelita; wzdęcie ogólne brzucha było niewielkie, wzdęcie zaś miejscowe w okolicy kątnicy bardzo znaczne. Prof. Jefremowskij wykonał laparotomię, nie znalazł przyczyny niedrożności, założył *anus praeternaturam*. Chora umarła a przy sekcyi (dokonanej przez Dra Przewoskiego) nie można było wykazać w przewodzie pokarmowym żadnych zmian anatomicznych prócz nieżytowych.

Dr. Blatteis (z Krakowa) zwraca uwagę, że w ostrem zapaleniu otrzewny samodzielnem występują często te same objawy (zapad, wymioty, kłębowanie jelit i t. d.) jak w mechanicznej niedrożności jelita. Nie mamy więc w niektórych przypadkach żadnego kryteryum do rozróżnienia tych chorób od siebie.

Prof. Mars (z Krakowa) uważa, że w tych przypadkach mechanicznej niedrożności jelita, w których nie wystąpiły objawy przytoczone przez prof. Obalińskiego, występują często inne objawy, z których można sądzić o naturze cierpienia. Zresztą na tem polu niezbędne są jeszcze dalsze badania, które być może, wykażą jeszcze i inne objawy. Prof. Mars obserwował przypadek, w którym powoli nagromadziły się w jelicie bardzo znaczne masy kałowe; w przypadku tym występowały ruchy robaczkowe jelit, ale ruchy te były bardzo powolne. Dalej zapytuje się prof. Mars prof. Obalińskiego, jak zakończyły się te przypadki, w których nie operował. W jednym przypadku obserwowanym wspólnie z prof. Obalińskim, w którym i prof. Obaliński nie uważał laparotomii za wskazaną, nastąpiło obfite wypróżnienie po zadaniu makowca.

Prof. Rydygier sądzi, że w tych przypadkach, w których rozpoznanie jest wątpliwe, można się namyślać przez jeden lub dwa dni nie czyniąc tem choremu wielkiej krzywdy. Wzdęcie brzucha miejscowe i ruchy przeciwrobaczkowe w przypadkach mechanicznej niedrożności jelita nie zawsze dadzą się wykazać klinicznie. Jeśli jest skręconem S rzymskie, wzdęcie brzucha jest bardzo wielkie a po za wzdętą pętlą leży niemal całe jelito cienkie tak, że ruchów przeciwrobaczkowych często dostrzedz nie można. Pod względem rozpoznawczym mają objawy, przywiedzione przez prof. Obalińskiego, wielką doniosłość; nie są one jednak ani tak stałe, ani tak patognostyczne, jak twierdzi prof. Obaliński.

Prof. Gluziński (z Krakowa) zwraca uwagę, że pomimo objawów przytoczonych przez prof. Obalińskiego lekarz jest często w pewnych przypadkach w kłopocie nie tylko co do natury, ale i co do siedliska choroby. W *enteroptosis* np. czasami miewa się wątpliwości, czy wydęte jelito jest żołądkiem, czy też kiszką grubą. Talma wykazał, że ponad zwężeniem jelita wskutek zboczeń w krążeniu gromadzą się w pętli doprowadzającej nietylko gazy, ale i treść płynna. Trzeba więc baczyć na to, jaką jest treść wzdętej pętli. Dalej odpiera mowca zarzuty doc. Dra Bossowskiego oraz wspomina o *asphyxia vomitoria*, jako o przyczynie śmierci podczas operacyi w przypadkach niedrożności jelita. Zdaniem prof. Gluzińskiego wymioty następują tu nie płynem nagromadzonym ponad przeszkodą, lecz płynem nagromadzonym w żołądku; w takich przypadkach należy więc usunąć niebezpieczeństwo przez przepłukanie żołądka.

Prof. Walentowicz (z Krakowa). Większe zwierzęta domowe, np. konie, chorują bardzo często na *ileus*, zwłaszcza z powodu *volvulus*. Samo wzdęcie brzucha niczego nie dowodzi; rozpoznanie nie opiera się więc bynajmniej na tym objawie. Za to są znane w weterynaryi pewne pozycye, jakie chore zwierzęta stale w cierpieniu tem przybierają. Inną jest pozycya, jaką koń przybiera w niedrożności jelita cienkiego, inną w niedrożności jelita grubego. Objawy te występują z taką stałością, że rozpoznanie może się na nich oprzeć z zupełną pewnością.

Dr. Wehr (ze Lwowa) wyraża prof. Walentowiczowi podziękowanie za przytoczenie tak ciekawej okoliczności z dziedziny weterynaryi; Dr. Wehr sądzi, że należałoby zwracać uwagę w tym względzie w przypadkach niedrożności jelit u ludzi.

Prof. Rydygier: W 3-ch przypadkach skręcenia zagięcia esowatego wyciął prof. Obaliński całą pętlę i zaleca ten sposób; prof. Rydygier wątpi, czy to jest potrzebnem we wszystkich przypadkach, i sądzi, że odpowiednie skrócenie krezki wystarcza. W odpowiedzi prof. Gluzińskiemu oświadcza prof. Rydygier, że przed 7-mu laty zalecał pompę Kussmaula, przed 5 czy 6 laty już przestrzegał, by wypompowywać żołądek poprzednio, t. j. na jakiś czas przed operacyą na jelicie.

Dr. Kapelusz (z Biały) komunikuje sposób postępowania w *asphyxia vomitoria* praktykowany w bialskim szpitalu.

Prof. Obaliński w końcowem swojem przemówieniu oświadcza, że cała dyskusya nad jego wykładem była nadzwyczaj pouczającą i znacznie przyczyniła się do wyświecenia ważności objawów występujących w mechanicznej niedrożności jelita. Przypadki przytoczone przez doc. Dr. Bossowskiego są najbardziej przekonywającemi w tem znaczeniu, że należy operować nawet wątpliwe przypadki niedrożności jelita jak najwcześniej. W odpowiedzi prof. Rydygierowi oświadcza prof. Obaliński, że pierwsze spostrzeżenia należą do niego, później zaś niezależnie od niego Schlange opracował tę kwestyę, następnie zaś znów prof. Obaliński skorzystał z danych ogłoszonych przez Schlangego. Z przemówień niektórych mowców podczas dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego wypada, że ścisłe pojęcie miejscowego wzdęcia brzucha nie jest dla wszystkich jasne. Chcąc więc pojęcie to należycie wyjaśnić, rysuje prof. Obaliński szematycznie przekrój brzucha oraz zmiany jelita, stanowiące t. zw. wzdęcie brzucha miejscowe (*localer Meteorismus* w znaczeniu Wahla). Wahl i jego uczniowie wykazali, że w pewnych przypadkach, gdzie jakaś pętla jelita została w całości zaciśniona, powstaje w pętli tej znaczne wzdęcie. Pętla taka po jakimś czasie traci zdolność wszelkiego ruchu robaczkowego i jest w jamie brzusznej w ten sposób unieruchomioną. Jeśli zaciśnięcie trwało stosunkowo krótko, pętla może powrócić do stanu prawidłowego; jeśli zaś zaciśnienie trwa przez czas dłuższy, występują prócz porażenia w pętli takiej zboczenia w krążeniu i pętla wypaca do wnętrza jelita i na zewnątrz, t. j. do jamy brzusznej płyn. Powyżej unieruchomionej zaciśnionej pętli istnieje jeszcze przez jakiś czas ruch robaczkowy; gdy wypocony do jamy otrzewnowej płyn wraz z bakteryami wywoła ogólne zapalenie otrzewnej, wszelkie ruchy robaczkowe ustają wskutek porażenia jelit. Jeżeli wzdęta pętla znajduje się w jamie brzusznej bardzo głęboko, nie można jej czasami wykazać. Jeśli nastąpiło skręcenie całego jelita cienkiego lub też znacznej jego części, wzdęcie brzucha jest oczywiście bardzo znaczne; cały brzuch jest wówczas wydęty, występuje tu jednak bardzo charakterystyczny objaw: wzdęcie brzucha nie jest jednostajne a na brzuchu rysują się wyraźnie wypuklenia, odpowiadające wydętym pętlom jelita cienkiego. W pętlach tych nie można wykazać żadnego ruchu; wydęte jelito cienkie jest w całości unieruchomione. Z tego objawu rozpoznaje prof. Obaliński z pewnością skręcenie jelita cienkiego w całości.

Prof. Obaliński jeszcze raz zwraca uwagę na ważność wiadomych objawów pod względem rozpoznawczym i dodaje, że w tych przypadkach, w których objawy te nie wystąpiły, należy czas jakiś wyczekiwać. W dwu przypadkach, obserwowanych przez mowcę niemal od chwili zasłabnięcia, wystąpiły dane objawy już po upływie pierwszych 12-tu godzin. W przypadku przytoczonym przez Dra Wehra lekarz powinien był w każdym razie zbadać odbytnicę a wówczas byłoby się uniknęło niespodzianki. W odpowiedzi prof. Rydygierowi oświadcza prof. Obaliński, że w przypadkach skręcenia zagięcia esowatego wycinał tylko znaczną część skręconego jelita, pozostawiał zaś pewną, wystarczającą część tego jelita. W końcu wyraża prof. Obaliński nadzieję, że być może w niedalekiej przyszłości, dyagnostyka niedrożności jelita jeszcze dalej będzie mogła postąpić.

Prof. Rydygier nadmienia dodatkowo, że w *asphyxia vomitoria*, zwymiotowany płyn pochodzi przeważnie z żołądka.

XIX. Prof. Rydygier. Przyczynek do operowania raka sutka.

Prof. Rydygier demonstruje dwa przypadki kliniczne raka sutka już wygojonego, w których zmodyfikował cięcie skórne. Prof. Rydygier, operując raka sutka, preparuje, o ile tylko można, wszystkie zmienione części a przytem zabiera w każdym przypadku powięź piersiową i odsłania jamę pachową, wyłuszczając w razie potrzeby wszystkie części miękkie po dokładnem wypreparowaniu naczyń i nerwów. Zdarza się po takiej operacyi, że blizna po cięciu przedłużonem przez środek jamy pachowej zrasta się w tem miejscu z naczyniami i nerwami. Skutkiem tego występują bóle za ruchami ramienia. Modyfikacya, którą do operacyi tej wprowadził prof. Rydygier, polega na tem, że w cięciu skórnem na przednim brzegu mięśnia najszerszego grzbietu formuje płatek do tyłu. Dzięki tej modyfikacyi blizna nie zrasta się z nerwami i wygojone chore nie mają bólów podczas ruchów ramienia.

XX. Dr. Kryński (z Krakowa) O nowotworach rakowych w skórze, wychodzących z gruczołów potnych.

Dr. Kryński komunikuje wyniki badania histologicznego zmian w skórze, operowanych w dwu przypadkach w klinice chirurgicznej krakowskiej. W jednym przypadku zmiana znajdywała się na górnej wardze, w drugim w kącie szczęki dolnej. W jednym z tych przypadków rozpoznawano klinicznie kaszak. Badanie histologiczne wykazało w obydwu przypadkach typowe przybłoniaki, wychodzące z gruczołów potowych. Nowotwory te są pod względem klinicznym o tyle ciekawe, że zmiany w gruczołach limfatycznych występują w podobnych przypadkach bardzo późno. Dr. Kryński demonstruje preparaty mikroskopowe zrobione z tych przypadków.

Doc. Dr. Trzebicky, jako skarbnik zjazdu, komunikuje uczestnikom zjazdu, że kasę zjazdu skontrolowano.

Prof. Rydygier, jako przewodniczący Zjazdu, dziękuje członkom za udział w obradach i wytrwałą pracę podczas posiedzeń Zjazdu. Pomimo wątpliwości, jakie na po-

czątku Zjazdu można było mieć co do jego wyniku, okazało się, że Zjazd tegoroczny wydał plon obfity. Następny zjazd chirurgów odbędzie się za 2 lata, gdyż w roku przyszłym chirurdzy polscy obradować będą na zjeździe ogólno lekarskim i przyrodniczym we Lwowie. Na przyszłym zjeździe chirurgicznym będzie bardzo pożądanym udział ginekologów. Prof. Rydygier wyraża w końcu życzenie, by na przyszłym zjeździe zebrali się w komplecie wszyscy dotychczasowi uczestnicy Zjazdów i zamyka V Zjazd chirurgów polskich w Krakowie.

VII. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowny Kolego Redaktorze!

Dziękując niniejszem Szanownemu Koledze za zaszczytną wzmiankę w ostatnim nrze *Przeglądu lek.* dotyczącą mej osoby a podaną z okazyi otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, proszę o pomieszczenie w kronice wyrazów podzięki dla tych, ktorzy mię na dniu 7. b. m. uczcić raczyli.

W ostatnich czasach zajęcia moje szpitalne a nadto sprawy nowo budującego się pawilonu tak mię zupełnie zajęły, iż, aczkolwiek wiedziałem, że moi najbliżsi w chwili otwarcia nowego pawilonu mają zamiar mnie uczcić, to nie zdawałem sobie z tego dobrze sprawy a uczczenie, jakie mnie spotkało, przeszło wszelkie moje oczekiwania, bo przerosło moje zasługi i zastało mnie zupełnie nieprzygotowanym.

Zajęty obecnie przenosinami i ostatecznem urządzeniem nowego pawilonu, pragnę chociaż tą drogą serdecznie podziękować wszystkim, którzy wzięli udział w akcie uczczenia mnie a przede wszystkiem J. Magn. Panu Rektorowi, J. W. Panu Dziekanowi, dalej Szanownemu Towarzystwu lek. krak., Szanownemu Tow. ratunkowemu a wreszcie i Kolegom za to, co dla mnie uczynić raczyli.

Nadto łączę zapewnienie, iż uroczysty nastrój i tak wysoce serdeczne i ciepłe uznanie sprawiło mi chwilę, o jakiej w życiu nie marzyłem a które mi nadal będzie bodźcem do pracy dla dobra kraju, Kolegów i tych instytucyj, z któremi mnie zawód i życie skojarzyły.

Alfred Obaliński.

— W dniu 7. b. m. odbyło się według programu uroczyste otwarcie nowego pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie. Po uroczystem nabożeństwie w kościele szpitalnym, odprawionem przez J. Em. Księcia Kardynała Biskupa krakowskiego, udali się zebrani licznie naczelnicy władz miejscowych, delegat Wydziału krajowego Dr. Hoszard, inspektor szpitali krajowych Dr. Stella Sawicki, JE. Dr. Majer, profesorowie Wydziału lekarskiego zebrani prawie w komplecie, lekarze i urzędnicy szpitala, komitet administracyjny i komitet budowy z Drem Weiglem na czele, spory zastęp lekarzy miejscowych i z prowincyi umyślnie na tę uroczystość przybyłych tudzież grono osób zaproszonych do nowego pawilonu, gdzie po architekcie p. Karolu Zarembie przemówił Dr. Hoszard a poprosiwszy Ks. Kardynała o błogosławieństwo Niebios dla gmachu, otworzył główne wrota, przez które wszedł pierwszy Książę Kardynał a za nim wszyscy obecni. Wnętrze gmachu było pięknie przystrojone a przy wejściu do sali, gdzie miała odbyć się właściwa uroczystość, zawieszono wielki wieniec z liści dębowych i wawrzynowych z napisem: *Niech nam żyje Alfred Obaliński! Hołd i wdzięczność opiekunowi chorych!*

W samej sali również przystrojonej i ozdobionej portretem N. Pana, zajął miejsce na estradzie książę Kardynał i wypowiedział serdeczne życzenia prof. Obalińskiemu, by praca jego i w tym gmachu przynosiła jak najdłużej pożytek ludzkości i nauce. Po stósownych przemówieniach delegata Wydziału krajowego Dra Hoszarda, prezesa komitetu administracyjnego szpitala Dra Weigla, pełniącego obowiązki dyrektora szpitala Dra S. Paszkowskiego i samegoż prof. Obalińskiego, odczytał prof. Mars adres do prof. Obalińskiego. Oto ustęp tego adresu:

„Grono kolegów, które bądź pod kierunkiem prof. Obalińskiego, bądź wspólnie z nim pracowało i pracuje w szpitalu św. Łazarza, postanowiło skorzystać z dzisiejszej uroczystości, ażeby wyrazić tyle zasłużonemu prymaryuszowi i koledze tę cześć, jaka Mu się należy, jako mężowi głębokiej wiedzy, niezmordowanemu pracownikowi na polu zawodowem, płodnemu i wytwornemu pisarzowi, znakomitemu nauczycielowi, biegłemu chirurgowi, ludzkiemu lekarzowi, serdecznemu koledze i prawemu obywatelowi“.

Jako wyraz tych uczuć ofiarowali koledzy prof. Obalińskiemu jego portret znakomicie wykonany przez artystę-malarza P. Bryla, ażeby ozdabiał ściany nowego pawilonu, oraz książeczkę Kasy oszczędności z kwotą około 500 zlr. ze składek, mającą stanowić fundusz żelazny na zapomogi dla ozdrowieńców opuszczających pawilon chirurgiczny.

W dalszym ciągu wręczył prezes Tow. lek. krak., prof. Dr. Łazarski prof. Obalińskiemu dyplom członka honorowego tegoż Towarzystwa, jako wyraz czci i miłości za długie, skuteczne działanie dla Towarzystwa, wyraz życzliwości kolegów za prawe pod każdym względem postępowanie, jako uznanie największe, jakiem Towarzystwo rozporządza.

Doc. Dr. Bossowski wraz z Drem Śliwińskim wręczyli prof. O. dyplom na członka honorowego krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego w dowód uznania zasługi około utworzenia i rozwoju tegoż Towarzystwa dla ogółu tak pożytecznie działającego.

Imieniem Wydziału lekarskiego złożył w krótkich słowach życzenia dziekan prof. Browicz a podniosłą mowę wypowiedział rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, prof. Dr. Madeyski, zwracając uwagę, że w tym przybytku dla cierpiącej ludzkości łączą się harmonijnie szczodrobliwość kraju, rozumne szafowanie groszem publicznym i dzielność kierownika i przyczyniają do utworzenia ogniska, z którego płyną promienie dla dobra ludzkości i nauki i złożył prof. Obalińskiemu imieniem Uniwersytetu życzenia jak największego powodzenia na dotychczasowej drodze

Prof. Obaliński głęboko wzruszony dziękował za te wszystkie objawy miłości i sympatyi dodając, iż przepełnione uczuciem serce nie pozwala mu znaleść słów na podziękowanie.

Wieczorem tegoż dnia podejmował prof. Obalinski wspaniałą ucztą w pięknej sali Towarzystwa Ubezpieczeń grono osób zaproszonych przeszło 100 liczące, między któremi widzieliśmy prócz kompletu prawie kolegów uniwersyteckich i szpitalnych naczelników władz miejscowych, wiele znakomitości naukowych i społecznych Krakowa tudzież wielu uczniów prof. Obalińskiego, tak miejscowych, jak i z dala przybyłych. Szereg wymownych toastów, między któremi niech nam wolno będzie wymienić toasty wzniesione przez samego prof. Obalińskiego, Dra Hoszarda, Delegata Laskowskiego, Eksc. Dra Majera, posła Dra Weigla, Rektora Madeyskiego i miła, koleżeńska atmosfera były dowodem szacunku, poważania i sympatyi, jakie w szerokich kołach naszego społeczeństwa potrafił sobie zjednać czcigodny prof. Obaliński.

— Na cześć prof. J. P. Mierzejewskiego, który kończąc 30 lat swej czynności profesorskiej w akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu, ma z końcem bieżącego półrocza szkolnego ustąpić ze swego stanowiska, odbył się w dniu 25. września (7. października) uroczysty bankiet z udziałem kolegów, uczniów i wielbicieli zasłużonego badacza, któremu neuropatologia tak dużo zawdzięcza.

— Dr. Józef Moczutkowski przybył temi czasy z Odesy do Petersburga, by objąć w instytucie klinicznym Wielkiej księżny Heleny Pawłowny stanowisko doradcy w chorobach układu nerwowego. Przed wyjazdem z Odesy spotkały Dra Moczutkowskiego rozmaite owacye. I tak w dniu 31. sierpnia (s. s.) odbyły odeskie Towarzystwa, lekarskie i balneologiczne, posiedzenie wspólne, na którem przewodniczący, wiceprezes Towarzystwa balneologicznego Dr. Finkelstein, zawiadomił, iż obydwa Towarzystwa w celu uczczenia pamięci swego zasłużonego prezesa postanowiły: 1) zamianować Dra Moczutkowskiego członkiem honorowym; 2) zawiesić portret jego w sali posiedzeń; 3) w jednym z najbliższych numerów dziennika *Južno - Russkaja Medicinskaja Gazeta,* której współredaktorem był Dr. M., zamieścić

artykuł omawiający obszernie zasługi Dra Moczutkowskiego, jako badacza umiejętnego, lekarza i radcy miejskiego; 4) ofiarować mu album z fotografiami wszystkich członków obu Towarzystw; 5) dedykować mu jeden zeszyt prac Towarzystwa balneologicznego odeskiego; 6) zebrać pieniądze na fundacyę nazwiska Moczutkowskiego w celu leczenia dzieci w ambulatoryum przez niego utworzonem.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Nadzwyczajny profesor uniwersytetu gradeckiego, Dr. Juliusz Wagner mianowany zwyczajnym profesorem psychiatryi i newropatologii tudzież dyrektorem kliniki psychiatrycznej w zakładzie chorych umysłowych w Wiedniu; docent prywatny, Dr. Jan Fritsch mianowany profesorem nadzwyczajnym psychiatryi w uniwersytecie wiedeńskim. **Inspruk.** Prywatny docent Dr. Jerzy Juffinger mianowany nadzwyczajnym profesorem otologii i laryngologii. **Petersburg.** Do akademii wojenno-lekarskiej zgłosiło się w bieżącem półroczu 278 uczniów, z których przyjęto 145 a między nimi 60, którzy ukończyli gimnazyum ze złotym medalem. **Moskwa.** Na pierwszy kurs Wydziału lekarskiego przyjęto w bieżącem półroczu 254 uczniów. Wogóle jest w uniwersytecie moskiewskim 1207 słuchaczy medycyny, prócz 66 farmaceutów. **Kazań.** Na Wydział lekarski zapisało się w bieżącem półroczu 70 uczniów. **Tomsk.** W bieżącym roku szkolnym opuszczą uniwersytet pierwsi studenci, którzy ukończyli zupełnie swe studya lekarskie.

— **Nekrologia.** W dniu 1. b. m. zmarł Dr. Henryk Lewestam, lekarz zdrojowy w Ciechocinku, na zapalenie płuc w 42. roku życia w Służewie pod Ciechocinkiem.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 18. października b. r. o godzinie 6. po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) dyskusya nad odczytem kol. Mayzla; 2) kol. prof. Pieniążek będzie mówić o zwężeniach spowodowanych przez zapalenie ochrzęstnej.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Jedyny naturalny środek przeczyszczający przyjemnego smaku

WODA MINERALNA

FRANCISZKA JÓZEFA

Woda Franciszka Józefa znajduje się we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

120—10—5 **Dyrekcya rozsyłki wody gorzkiej Franciszka Józefa w Budapeszcie.**

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA“

MARYANA ZAHRADNIKA

W ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane

przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk:

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20. **1 złr. 60 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 60 ct.**
„ **0·10.** „ „ „ 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05. „ Morrhuol 0·20 **2 złr. 60 ct.**
„ 0·05. **Natr. arsenicos. 0·001 1 złr. 80 ct.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 60 ct.**
„ **0·10** „ „ 0·20 **1 złr. 50 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 40 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **2 złr.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea“** lub **firmy „Zahradnik“** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego.

105—x—9 *Maryan Zahradnik.*

Pierwsza krajowa fabryka opatrunków chirurgicznych

M. L. Dobrowolskiego

w Nowej Wsi przy Krakowie, poczta Łobzów

poleca własnego wyrobu: 43—20—15

watę Brunsa, watę drzewną, watę szpitalną, wszelkie waty, juty i gazy impregnowane i sterylizowane. Również catgut, jedwab, fil de Florence, w stanie surowym lub preparowane i wogóle wszelkie opatrunki aseptyczne i antiseptyczne.

Zwraca uwagę Panów Ginekologów na **gazę jodoformową Dra Bylickiego**, do celów ginekologicznych, w formie opaski zwiniętej, 10 ctm. szerokiej, 10 m. długiej.

Jako nowość zaleca **opaski bawełniano-gumowe na żylaki**, praktyczniejsze od opasek Martina, gdyż nie sprawiają pieczenia i odpowiedniejsze do pończoch, albowiem można je na każdą nogę dowolnie i bez ucisku nawinąć.

Cenniki i próbki na żądanie.

Z czystego dochodu w bieżącym roku przeznacza 2% na budowę domu akademickiego w Krakowie.

Tabletki z wyciągiem kaskary

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie

polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwócb do sześciu tabletek jednorazowo zależy tc od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. —

Cały słoik kosztuje 50 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

Tabletki z węglanem gwajakolu

po 0·025, również uznane i do stosowania zalecone przez Komisyę przemysł. Tow. lek. krak.; słoik zawierający 25 sztuk kosztuje 1 złr.

WINO KASKAROWE

bez goryczy przyrządzone na winie Lacrima Christi, cena butelki 1 złr. 14—26—21

MATTONI'S GIESSHÜBLER

reinster alkalischer

SAUERBRUNN

2—21—17

Mattoniego Giesshübler, najczystsza szczawa alkaliczna, jest według zgodnych orzeczeń powag lekarskich jako środek silnie alkalizujący, skutecznym wobec tworzenia się nadmiaru kwasu w ustroju, w wszelkiego rodzaju nieżytowych cierpieniach narządu oddechowego i pokarmowego (nieżyt żołądka, zgaga, brak apetytu); wobec kaszlu lub chrypki, w tych wypadkach najlepiej zmięszana z mlekiem. Szczególnie zaleca się użycie tej wody dla ozdrowieńców i dla dzieci.

Szczególne zalety wód Giesshüblerskich polegają na korzystnym składzie ich mineralnych części, na obecności nieznacznych ilości soli ziem. i siarkanów, przy przewadze dwuwęglanu sodowego, jakoteż na tem, że woda ta już z natury jest nasycona bezwodnikiem węglowym.

Dzięki wielkiej ilości wolnego i związanego bezwodnika węglowego ma ta szczawa orzeźwiające działanie na ustrój ludzki i dlatego żaden napój nie przewyższa jéj w smaku i skuteczności jako napój orzeźwiający, stołowy. Nadaje się znakomicie do mięszania z winem, koniakiem i sokami owocowemi.

Giesshübler Matoniego jest w zapasie we wszystkich składach wód mineralnych, przesyła także bezpośrednio właściciel

HENRYK MATTONI Giesshübl-Puchstein koło Karlsbadu.

Francensbad. Wiedeń. Budapeszt.

Mattoniego zakład leczniczy i wodoleczniczy

GIESSHÜBL-PUCHSTEIN

pod Karlsbadem w Czechach.

Dla chorych na piersi, osób nerwowych, osłabionych, anemicznych, astmatyków i ozdrowieńców. — Pora zdroj. od 1 maja do 30 września.

Kuracya zdrojowa i kąpielowa, pneumatyczna i wziewania.

Prospekty darmo i opłatnie.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 21. Października 1893. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, w *Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O wartości dyagnostycznej malleiny.

Przez

prof. Dra A. Walentowicza.

Rozpoznanie nosacizny utajonej a przede wszystkiem zlokalizowanej w płucach natrafia za życia koni na wielkie trudności a nawet w bardzo wielu przypadkach jest wprost niemożliwem. Wspomniana odmiana nosacizny, zwana nosacizną płuc, nastaje po wetchnięciu zarazka t. j. prątka nosaciznowego, który wywołuje w miąższu płucnym z początku ograniczone, lecz powoli i stale się rozszerzające, swoiste zapalenie z następowym rozpadem tkaniny płucnej. Wzajemne obwąchiwanie się koni, szczególnie umieszczonych w ciasnych i dusznych stajniach, ułatwia ten sposób zarażania się. Zwierzęta tą formą dotknięte nie zdradzają swego stanu chorobowego zwykle bardzo długo, nieraz przez miesiące a nawet lata całe, ani wejrzeniem ani też żadnemi charakterystycznemi objawami, któreby dozwalały rozpoznać nosaciznę. Również najściślejsze badanie za pomocą opukiwania i osłuchiwania klatki piersiowej daje przez długi czas wyniki ujemne. Innych zaś sposobów, jak wyszukiwania prątków, zakładania kultur lub przeszczepiania, nie można użyć dla braku plwociny lub jakiegokolwiek wypływu z dróg oddechowych. Również do tego celu nie można użyć krwi, która, jak wiadomo, tylko w formach ostrych zawiera prątki nosaciznowe.

Wobec więc tych trudności rozpoznawczych nierzadko uważa się konie zarażone nosacizną płuc za zupełnie zdrowe i nieszkodliwe dla otoczenia, chociaż przez cały okres utajony wydychają lotny jad nosaciznowy, który łatwo przenosi się na konie a nawet i na ludzi, stykających się z nimi. Następstwem tego bywa, iż nieraz niespodziewanie wybucha w stadninach i stajniach niejednokrotnie nosacizna nosa lub skóry (tylczak) u konia i u ludzi, opiekujących się końmi, jakby z niewiadomych przyczyn, wskutek czego konie chore i podejrzane wybija się, gdy tymczasem konie dotknięte przewlekłą utajoną nosacizną płuc, szerzące ustawicznie zarazę, jako zdrowe pozostają nadal. Dopiero po upływie wielu miesięcy a nawet i lat, choroba u takich koni uogólnia się, mianowicie występują obrzęki gruczołów, infekcya jamy nosowej i skóry przez przerzuty, wypływ ropiasty z nozdrzy, przyczem pojawia się kaszel, gorączka i chudnienie, wogóle objawy nie pozostawiające żadnej wątpliwości co do istoty choroby.

Ten długotrwały przebieg ukrytej nosacizny tłómaczy dostatecznie, dlaczego w pewnych miejscowościach a szczególniej stadninach, jakoteż w niektórych pułkach jazdy, nieraz przez kilkanaście lat, nie można było wytępić nosacizny mimo najenergiczniejszego i najskrupulatniejszego usuwania chorych koni i odrażania stanowisk i sprzętów.

Z poprzedniego wynika dowodnie, że wczesne rozpoznanie nosacizny utajonej przedstawia nietylko bardzo znaczną ekonomiczną doniosłość, lecz także ze względu na niebezpieczeństwo zarażenia ludzi ma wielkie sanitarne znaczenie. Wobec więc niebezpieczeństwa nosacizny utajonej dla mienia i zdrowia człowieka i wykazanej niemożliwości rozpoznania jej za pomocą dzisiaj znanych i używanych sposobów i środków badania, zainteresowało wielce wszystkich pojawienie się t. zw. malleiny jako środka rozpoznawczego. — Odkrycie to jednak przyjęto z początku z pewnem niedowierzaniem i bez zapału, z przyczyny zawodu, jakie sprawiła tuberkulina kochowska.

Wspomnioną malleinę otrzymali pierwotnie na wzór tuberkuliny Kocha, jako wyciąg wodny z czystych hodowli nosaciznowych, prawie równocześnie w roku 1890 Katuing w Dorpacie i Hellman w Petersburgu. Sposób otrzymywania był następujący: Zlewali oni wodą wyjałowioną hodowle nosaciznowe wyrosłe na ziemniakach, następnie wystawiali w termostatach całą mięszaninę czterokrotnie na działanie ciepłoty 120° C. przez 20 minut a w końcu jeszcze raz przez 2 dni na ciepłotę 39° C. Po tej manipulacyi przesą-

czali wszystko przez sączki gliniane pasteurowskie a otrzymaną jasno żółtawą ciecz jeszcze raz poddawali w termostatach działaniu 120° C. przez 15 minut.

Oprócz wymienionych otrzymywał Preusse nieco później także w podobny sposób malleinę, z tą tylko różnicą, że zamiast czystej, wyjałowionej wody używał mięszaniny z równych części gliceryny i wody, za pomocą której przez kilka dni robił wyciąg ze starych brunatnych lub czarnych hodowli nosaciznowych. Uzyskany w ten sposób płyn przechowywał jeszcze przez kilka dni w ciepłocie 35° C. a następnie przesączał i wyjaławiał w termostacie.

Johne, który z wyników otrzymanych za pomocą malleiny Preussego nie był zadowolony, sporządza malleinę według wskazówek Hueppego, używając do tego celu jadowitych hodowli ziemniaczanych lub na agar-agarze otrzymanych, które następnie przeszczepia do rurek odczynnikowych, zawierających po 10 grm. bulionu i przechowuje przez 14 dni w ciepłocie 37° C. Przeszczepione w ten sposób hodowle nosaciznowe, rozwijające się z początku bardzo bujnie, szczególniej na bulionie kwaśnym, tworzą po wyczerpaniu pożywki na dnie naczynia szarawy osad. Po upływie 14 dni przesącza on treść rurek odczynnikowych przez bibułę kilkakrotnie a następnie otrzymaną ciecz barwy winowej wyjaławia przez kilka godzin w ciepłocie przepływającej pary wodnej.

Z innych wyrabiają w podobny sposób malleinę Roux w Paryżu i Babès w Bukareszcie.

Zasługa zastósowania malleiny jako środka rozpoznawczego należy się przede wszystkiem Katningowi i Hellmanowi. Wykonali oni bowiem szereg doświadczeń i wykazali, iż po zastrzyknięciu podskórnem koniom nosatym 1 cm.³ malleiny, podnosiła się ciepłota ciała po upływie 9½ godzin do wysokości 40·5, 40·7 a nawet 41·5, gdy tymczasem u koni zdrowych pozostawała na wysokości 37·5—38·0. Te spostrzeżenia dały pochop do przedsięwzięcia doświadczeń na wielką skalę prawie we wszystkich krajach Europy, głównie zaś w Niemczech, Francyi i we Włoszech a wyniki, jakie otrzymali Nocard, Preusse, Prietsch, Laquerriér, Johne, Lothe, Welther, Uhlich, Schleg, Eggeling, Peters, Schindelka i wielu innych, dowiodły prawie niezbicie, że konie pozornie zdrowe, oddziaływające na malleinę podniesieniem się ciepłoty od 1°—1·5°—2° C. oraz osłabieniem, osowiałością i obrzmieniem w miejscu szczepienia okazały się po zabiciu zarażone nosacizną.

Z doświadczeń na szczególniejszą uwagę zasługuje doświadczenie Nocarda, który badał za pomocą malleiny 6000 koni tow. omnibusowego w Paryżu, między którymi wykrył tym sposobem nosaciznę utajoną u kilkuset koni, uchodzących dotychczas za zdrowe. Z niemieckich weterynarzy doświadczenia Uhlicha, Schlega i Walthera, przeprowadzone na bardzo wielkim materyale, dowiodły także wartości malleiny. Według Nocarda podniesienie się ciepłoty po zastrzyknięciu malleiny o 2° C. uważać trzeba koniecznie za objaw stanowczo na nosaciznę wskazujący, gdy tymczasem inni, jak Johne, uważają podniesienie się o 1° C. za zupełnie wystarczające do rozpoznania tej zoonozy.

O ile wyniki szczepień rozpoznawczych, dokonanych za pomocą malleiny płynnej, wypadały w całości u wszystkich eksperymentatorów dodatnio, to przecież tu i ówdzie sprawdzono, że malleina sposobami dotychczasowemi otrzymywana jest płynem nietylko o bardzo niestałym składzie chemicznym, lecz i o bardzo zmiennem działaniu fizyologicznem, jakoteż i o różnych własnościach fizycznych, wskutek czego reakcya bywa raz silniejsza, drugi raz słabsza a często wielce opóźniona. Celem więc usunięcia z malleiny tych niewłaściwości a przede wszystkiem niestałości w działaniu zmodyfikował Foth z Królewca sposób otrzymywania jej jak następuje. Z hodowli bulionowych strąca on wyskokiem ciało białkowate, które kilkakrotnie wypłukane a następnie w ekssykatorze wysuszone, okazało się pod względem działania nierównie stalszem od płynnej malleiny. Preparat w powyższy sposób przez Fotha uzyskany i nazwany *malleinum siccum Foth* przedstawia się jako proszek delikatny, żółtawo zabarwiony, który nadzwyczaj łatwo rozpuszcza się w wodzie a zachowany pod zamknięciem w suchem powietrzu nie zmienia swoich własności fizycznych oraz nie traci przez bardzo długi czas na swej jadowitości. Ilość potrzebną tej malleiny do wywołania reakcyi u koni nosatych wypróbował i oznaczył Foth na 0·1, które przed zastrzyknięciem rozpuścić należy w dostatecznej ilości wody wyjałowionej. Wstrzykiwać radzi, tak jak i poprzedni, na lewym boku szyi. —

Doświadczenia z malleiną Fotha przeprowadzone przez Gutreita, Eggelinga, Willacha, Schindelkę i innych przekonały dowodnie, że przewyższa ona pod względem działania wszystkie dotychczas płynne wyciągi. Hipertermia bowiem występuje stale u koni nosatych najpóźniej w 8 godzin po zastrzyknięciu, dochodzi do najwyższego stopnia w 12 godzin i trwa około 24 godzin.

Wskutek bardzo korzystnych wyników, ogłoszonych w pismach zawodowych, uchwaliła najwyższa austryacka rada zdrowia w styczniu b. r., ażeby celem sprawdzenia wartości rozpoznawczej malleiny przeprowadzono w krajach reprezentowanych w Radzie państwa próbne doświadczenia na koniach nosatych i podejrzanych, przyczem zarazem zaleciła, by do tego celu używano malleiny Fotha. Zachęcony nietylko dotychczas otrzymanemi rezultatami, lecz także zaleceniem najwyższej rady zdrowia, przy pomocy życzliwych kolegów, jak pp. Pappéego i Jackowskiego, przeprowadziłem cały szereg doświadczeń, walcząc z wielkiemi trudnościami dla braku zakładu, w którymby można dokonać podobnych doświadczeń. Bodźcem do tej pracy była także ta okoliczność, że, o ile mi wiadomo, w Austryi oprócz Schindelki, prof. szkoły weterynarskiej w Wiedniu, nikt więcej tą sprawą nie zajmował się.

Doświadczenie I. Dnia 19. kwietnia przytrzymał weterynarz na targowicy końskiej w Krakowie wałacha kasztanowatego, jako podejrzanego o nosaciznę z powodu jednostronnego znacznego obrzęku gruczołu limfatycznego podszczękowego, i umieścił go w zakładzie obserwacyjnym Ponieważ po upływie 8-dniowej obserwacyi gruczoł znikł zupełnie, przytem zwierzę nie okazywało żadnych innych objawów chorobowych a badanie nic nie wykazało, przeto uznano zwierzę za zdrowe, tem więcej, iż, jak wywiady wykryły, nie pochodziło z miejscowości zapowietrzonej.

Dowiedziawszy się o wymienionym koniu tych szczegółów, postanowiłem zbadać go jeszcze za pomocą malleiny i w tym celu w obecności kolegów wojskowych i cywilnych zastrzyknąłem mu podskórnie na lewej stronie szyi 0·1 malleiny Fotha w dniu 18. kwietnia b. r. o godzinie 8. rano. Mierzenia ciepłoty co 2 godziny dokonywał ściśle weterynarz Pappée.

Ciepłota przed wstrzyknięciem

rano 17. kwietnia o g. 6.	rano 18. kwietnia o g. 6.
37·7° C.	37·5° C.

Początek reakcyi	Maximum
o godz. $4^1/_2$ po poł.	o godz. $8^1/_2$
38·6° C.	38·8° C.

Ponieważ podniesienie się ciepłoty ciała nie wydało mi się dostatecznem, powtórzyłem badanie dnia 20. kwietnia o godzinie $7^1/_2$ rano stósownie do zrobionych doświadczeń, że za ponownem szczepieniem wzmaga się zwykle ciepłota u koni nosatych. Po zastrzyknięciu tej samej ilości malleiny przy początkowej ciepłocie 38·5, wykazał ciepłomierz już o godz. 11. znaczne podniesienie się ciepłoty, dochodzące do 40·4° C., która odtąd powoli opadać zaczęła tak, że w d. 21. kwietnia o godz. 9. rano ciepłota opadła na 37·6° C. Dodać należy, że zwierzę oprócz podwyższenia ciepła okazywało drgawki mięśni, ogólne osłabienie, niedowład w zadzie i brak apetytu, trwające przez kilka godzin. Wobec więc widocznej reakcyi uznałem konia za podejrzanego, wskutek czego na moje przedstawienie za zezwoleniem c. k. Starostwa krakowskiego w myśl §. 29 ustęp. 5., lit. b. właściwej ustawy, po oszacowaniu z urzędu zabito go a następnie sekcyonowano.

Badanie pośmiertne dokonane w obecności przedstawicieli władzy, kolegów i uczniów, wykazało dopiero po bardzo długiem i mozolnem poszukiwaniu, prawie przypadkowo jedno, jedyne ognisko nosaciznowe w lewem płucu, wielkości orzecha włoskiego, które przy zwykłych oględzinach mogłoby było ujść uwagi badającego. Celem sprawdzenia, czy makroskopowo rozpoznana nosacizna jest nią rzeczywiście, zaszczepiłem treścią wyjętą z ogniska dwa króliki, z których jeden po upływie 20 dni zginął pod objawami nosacizno wemi a sekcya następnie sprawdziła ogólną nosaciznę.

Doświadczenie II. W dniu 2. czerwca wezwany zostałem do I., miejscowości w Królestwie Polskiem, położonej tuż nad granicą W. Kstwa Krakowskiego, w której przed 3 miesiącami właściciel stracił 40 koni na nosaciznę, celem wydania orzeczenia, czy ocalałe 31, uznane zresztą przez weterynarzy za zupełnie zdrowe, są rzeczywiście zdrowemi i czy w takim razie można nowe dokupić oraz pozostałe wprowadzić razem do odrażonych stajen. Po najdokładniejszem zbadaniu wszystkich koni nie udało mi się wykryć żadnych, nawet tylko podejrzenie wzbudzających objawów, któreby przemawiały przeciw zakupnu nowych zaciągów i przeprowadzeniu koni do odrażonych stanowisk. Mimo to jednak dla pewności zastrzyknąłem malleinę Fotha 6 koniom wybranym, jak się wyrażę, na chybił trafił z ogólnej liczby. Wynik tego badania dokonanego d. 3. czerwca był następujący:

	Ciepłota przed zastrzyknięciem wieczór 2. czerwca o godz. 6.	rano 3. czerwca o godz. 6.	Ciepłota po zastrzyknięciu w 6. g.	w $8^1/_2$ g.
Nr. 1	38·3	38·0	38·7	39·1
Nr. 2	38·5	38·3	38·2	38·7
Nr. 3	38·3	38·2	**40·4**	**40·3**
Nr. 4	38·3	38·1	39·3	39·7
Nr. 5	38 5	38·4	39·1	38·6
Nr. 6	38·5	38·8	**40·0**	**40 3**

Obserwując przez cały dzień badane konie, dostrzegłem, że z wyjątkiem koni pod nrami 3 i 6 okazujących wybitną hipertermią, wszystkie inne zachowywały się jak zdrowe, jadły bowiem i piły, przytem były wesołe i uważne, gdy tymczasem konie z podwyższeniem ciepłoty nie tylko, że przestały jeść i pić, lecz okazywały jeszcze oprócz tego objawy ciężkiego osłabienia a nawet zapadu w połączeniu z przyspieszeniem oddychania i szybkiem, nikłem tętnem, które trwały przez kilka godzin.

W celu sprawdzenia stanu zdrowia koni gorączkujących, obydwa zabito i poddano sekcyi, która wykazała wyraźną, prosówkową i ogniskową nosaciznę płuc.

Doświadczenie III. Ten sam właściciel, powyższym wynikiem badania za pomocą malleiny wielce zainteresowany, uprosił mnie, abym wszystkie pozostałe konie poddał tej samej próbie celem sprawdzenia, które są zarażone nosacizną a które są od niej wolne. Sprowadziwszy odpowiednią ilość malleiny od Fotha, zbadałem za pomocą tego środka wszystkie pozostałe konie, między któremi znajdywały się cztery poprzednio już badane. Uzupełnić rzecz muszę, że dnia poprzedzającego zostały wszystkie konie przez władze sanitarne rosyjskie za zdrowe uznane i kontumacya ze stajni zdjętą. Wynik szczepienia był następujący: Po zastrzyknięciu malleiny 8. lipca okazywało 17 koni z ogólnej liczby 29 podwyższenie ciepłoty o 1·3°—2·0° C. wraz z zapadem mniejszego lub większego stopnia. Między oddziaływającemi znajdywał się także jeden koń nr. 4, raz już poprzednio, t. j. 3. czerwca badany.

Opierając się na poprzedniem doswiadczeniu uznałem konie z podwyższeniem ciepłoty za dotknięte nosacizną i radziłem, aby je czemprędzej zgładzono. Wielka strata materyalna oraz pilne roboty w polu nie dozwoliły właścicielowi korzystać z mej rady a zmuszenia go, szczególniej w obcem państwie, nie posiadam żadnej władzy. O ile mi wiadomo, mają być wzmiankowane konie dopiero po ukończeniu robót w październiku zabite. Ile przez tak długi czas ludzi i koni nosacizną zarazić się może, łatwo sobie wystawić można. Dla mnie oprócz tego wynikła naukowa strata, albowiem usunęła mi się możność oznaczenia i sprawdzenia na znacznej liczbie zwierząt wewnętrznych zmian patologicznych, które wywołały podniesienie się temperatury.

Doświadczenie IV. Ponieważ dotychczas robiono doświadczenia przeważnie tylko na koniach podejrzanych lub jawnie nosacizną zarażonych, przeto celem przekonania się, jak zachowywać się będzie koń zupełnie zdrowy po zaaplikowaniu malleiny, nabyłem za pośrednictwem weterynarza miejskiego klaczkę młodą, $1^1/_2$ roczną na tutejszej targowisku, dotkniętą wskutek złamania kości koronowej zesztywnieniem (ankilozą) stawu koronowego lew. zad. nogi, zresztą zupełnie zdrową, której dnia 26. września zastrzyknąłem 0·1 o godzinie $8^1/_2$ rano.

Ciepłota wieczorna 26. września	Ciepłota ranna 27. września
38·7° C.	38·5° C.

Po zastrzyknięciu ciepłota

o godz. 10.	o godz. $12^1/_2$	o godz. $2^1/_2$	o godz. $4^1/_2$
38·8° C.	39·4° C.	39·5° C.	39·3° C.

Równocześnie z pojawieniem się tej nieznacznej hipertermii wystąpiły wkrótce drgawki mięśni, kaszel oraz zapad tak znaczny, że zwierzę leżało jakby nieżywe aż do następnego dnia, w którem je zabito celem dokonania sekcyi. — Badanie pośmiertne wykazało ku ogólnemu zdziwieniu naciek i nosaciznę prosówkową w szczycie lewego płuca, zresztą żadnych innych zmian. Sporządzone z chorego płuca preparaty mikroskopowe, wspólnie z kol. Poniklą dozwoliły rozpoznać prątki nosaciznowe.

Wprawdzie w tym przypadku podniesienie się ciepłoty ciała było nieznaczne, zwyżka bowiem dochodziła zaledwie do 1° C., to natomiast inne przypady, jak zapad i ogólne osłabienie, świadczyły o nastaniu swoistej intoksykacyi, właściwej tylko koniom nosatym.

Z podanych więc wyników badania okazuje się, że malleina jest nadzwyczaj czułym środkiem rozpoznawczym w nosaciźnie ukrytej i na tej podstawie sądzę, że badanie za pomocą malleiny koni podejrzanych chorych i podejrzanych zdrowych, znajdujących się w miejscowościach zapowietrzonych, ułatwi wykrycie i przyczyni się niewątpliwie do wytępienia nosacizny, którą dotychczas nadaremnie najsurowsze postanowienia w §. 29. ustawy z r. 1880 zawarte stłumić nie zdołały. Tego samego zdania są także najwybitniejsi weterynarze niemieccy i francuscy, jak Johne, Dieckerhoff, Peters, Siedamgrotzky, Nocard, którzy twierdzą, że wobec nieznacznej wytrzymałości prątka nosaciznowego po za ustrojem można będzie w niedalekiej przyszłości przy pomocy malleiny wytępić wszystkie ogniska nosacizny na świecie.

Jako przykład, że malleina coraz większe znajduje w praktyce zastósowanie, może posłużyć najnowsze rozporządzenie francuskiego ministra wojny, który rozkazał, by wszystkie do wojska nowo nabyte konie, nim zostaną do pułków oddane, badano za pomocą malleiny ze względu na nosaciznę. Także nasza najwyższa Rada zdrowia zaleciła również, jak już wspomniałem, badania z malleiną, których wyniki wpłyną prawdopodobnie wkrótce na zmianę dotychczas obowiązujących przepisów, nie wystarczających do stłumienia tej, jak się okazuje, u nas bardzo rozpowszechnionej zarazy. Nie można jednak zaprzeczyć, że wyjątkowo występuje także reakcya u koni nienosatych; sam bowiem Foth w prywatnym liście do mnie przyznaje, że widział reakcyę u konia dotkniętego promienicą a prof. Schindelka badając wiele koni, widział u trzech reakcyą, z których jeden cierpiał na zropienie gruczołów oskrzelowych, drugi na ropne zapalenie płuc a u trzeciego znalazł nawet tylko przewlekły nieżyt tchawicy. U wszystkich jednak tych koni reakcya występowała bardzo prędko i trwała bardzo krótko. Z uwagi jednak, że podobne ujemne wyniki wydarzają się niesłychanie rzadko, bo dotychczas wydarzyły się prawie tylko prof. Schindelce i u zwierząt już chorych, nie mogą one więc wpłynąć na zmniejszenie wartości dyagnostycznej malleiny. Bo chociażby tu i owdzie padło ofiarą jakieś zwierzę już i tak chore, to w porównaniu z korzyściami, jakie się otrzymuje przez szybkie wykrycie nosacizny za pomocą malleiny, straty okażą się bardzo nieznaczne.

Ponieważ malleina w żadnym razie nie jest środkiem obojętnym a przede wszystkiem nieznane są dawki dla ludzi, przeto ministerstwo spraw wewn. osobnem rozporządzeniem, wydanem w r. b., zabroniło lekarzom używania malleiny w celach rozpoznawczych u ludzi podejrzanych o nosaciznę. Z uwagi, że rozpoznanie nosacizny u człowieka nie ma wielkiej praktycznej doniosłości, przeto zwróciłby mojem zdaniem raczej należało uwagę na leczenie nosacizny za pomocą surowicy powziętej z krwi bydła rogatego, które, jak wiadomo, jest absolutnie odporne na jad nosaciznowy. Prace doświadczalne, wykonane w tym względzie z dodatnim wynikiem na zarażonych nosacizną morskich świnkach przez Chenatra i Picqa (*Societé de Biologie. 26. mars. 1892*). mogą w tym celu służyć za podstawę.

Na zakończenie muszę jeszcze nadmienić, że twierdzenie niektórych, jakoby (*Deutsche Zeitschrift f. Thiermedicin u. vergleich. Pathologie. Band XIX. Heft 1*) produkta wymiany z jakiegokolwiekbądź gatunku bakteryj powzięte, wprowadzone do ustroju zwierząt dotkniętych chorobami zakaźnemi, sprawiały u nich podniesienie się ciepłoty ciała, jest zupełnie mylnem. Johne bowiem wykazał dowodnie, że szczepienie koni niewątpliwie nosatych tuberkuliną Kocha nie wywoływało nigdy podniesienia się ciepłoty. Natomiast wykazał Boschetti (*Moderno Zoviatro. Nr. 14. 1892*), że wyjałowiona surowica z krwi koni nosatych, wprowadzona w ilościach 20 cm.^{3} podskórnie, wywołuje tak samo, jak i malleina, podniesienie się ciepłoty, jednak działanie jej jest nierównie słabsze a podniesienie ciepłoty nieznaczne.

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

I.

Zarys historyczny rozwoju pojęć o przekazywaniu dziedzicznem kiły w XVI., XVII., XVIII. i XIX. stuleciach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Rozpatrując się teraz w piśmiennictwie następnego XVII. stulecia, możemy dostrzedz już niejakie postępy w pojęciach o kile dziedzicznej; wszyscy bowiem autorowie, piszący w XVII. wieku o chorobach wenerycznych, stanowczo oświadczają się za tem, iż kiła może przekazywać się potomstwu; wszelako, rozpatrując szczegółowo przebieg i objawy choroby, tudzież sposoby jej leczenia pozostawiają na uboczu bliższe rozpatrzenie się w etyologii tej kwestyi; zaledwo niektórzy odważają się na dokładniejsze roztrząsanie sposobów powstawania kiły dziedzicznej, jak to zaraz wykażemy.

Ludwik Mercatus [1]) wypowiada dość szczególne zdanie, jakoby dzieci, zrodzone z rodziców cierpiących na kiłowe zajęcie wątroby, przedstawiały zwykle też zmiany swoiste wątroby. Jan Chrzciciel Sylvaticus (1601) [2]), Eustachy Ridius (1604) [3]), Tomasz Bartholinus (1654), Józef Schmidt (1654) i Ole Borch (1673) [4]) zaś ograniczają się li tylko na twierdzeniu, że rodzice, przebywający poprzednio kiłę, przekazywać zwykli tę chorobę swym dzieciom.

Mikołaj Blegny [5]) natomiast nie poprzestaje na stwierdzeniu dziedziczności kiły, lecz wchodzi w szczegółowe rozpatrzenie sprawy dziedziczenia choroby; wypowiada on zdanie, iż choroba przekazywaną bywa dzieciom nietylko od rodziców, przebywających kiłę podczas zapłodnienia, lecz że nawet zdrowa przedtem matka, jeśli zostanie podczas ciąży zarażoną, może swą chorobę przekazać dziecku. Guyon Dolvis [6]) dodaje nadto, iż dzieci, zakażone w łonie matki dotkniętej kiłą, wkrótce po przyjściu na świat umierają. Krótkie wzmianki o kile wrodzonej napotykamy też u Gerwazego Uçaya [7]), Ch. Musitana [8]) i u Piotra Garniera [9]). Uçay pierwszy wypowiedział był zdanie, jakoby kiła przechodząc na potomstwo przeobrażała się niekiedy ob-

---

[1]) L. Mercatus. De morbo gallico. Valladolid. 1605; p. u James Whiteheada: On the transmission from parenth to offspring of some forms of diseases and of morbid teints and tendence. London. 1851.

[2]) J. B. Sylvaticus. Controvers. medic. Fol. Treb. 1601; Astruc l. c. II. str. 211.

[3]) Ridius. De morbo gallico libri V. Venetiis. 1604; Astruc II. str. 217.

[4]) Behrends Syphilodologie. Neue Reihe. 1860. III. str. 64.

[5]) Nicolaus de Blégny. L'art de guérir les maladies vénériennes. V. edition. Paris. 1696. I. str. 15, 62, 64; II. str. 160—162.

[6]) Encyclopaedia medica theor.-practica. Francfortii. 1686. str. 472—492.

[7]) Gervais Uçay. Traité de la maladie vénérienne. Toulouse. 1688.

[8]) C. Musitanus. De lue venerea libri IV. Napoli. 1689; Traité de la maladie vénérienne, trad par Deveaux. Toulouse. 1711.

[9]) Pierre Garnier. Traité pratique de la vérole. Lyon. 1696.

jawiając się w postaci gośćca, dny, zołzów, upławów białych i t. p. chorób.

Co się zaś tyczy syfilografów XVIII. stulecia, ci staranniej zajmowali się sprawą dziedziczenia kiły; w pismach swych szczegółowo rozpisując się o wrodzonej kile, nie pomijają oni też i etyologicznej strony przedmiotu. W wielu traktatach zeszłego stulecia, opisujących choroby kiłowe, znajdujemy staranne i dokładne opracowanie dogmatycznej i klinicznej strony przedmiotu, aczkolwiek z ciemności i zawikłań w wielu poszczególnych kwestyach wyjść nie mogli autorowie, piszący w zeszłym wieku o kile dziedzicznej.

Herman Boerhave[1]) wiele stronnic swego cennego dzieła poświęcił roztrząsaniu i rozpatrzeniu się w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły. J. Astruc[2]) obszernie też omawia kiłę wrodzoną w kilku rozdziałach obszernego swego dzieła; rozróżnia on u dzieci kiłę nabytą i rzadko napotykaną, jakoteż odziedziczoną od rodziców. Wrodzona kiła jego zdaniem przekazuje się zwykle od ojca za pośrednictwem zakażonego nasienia; rzadziej zaś choroba udziela się potomstwu od matki ciężarnej, dotkniętej kiłą, za pośrednictwem zakażonych jej soków (matki). Wspomina następnie Astruc o tem, iż kiła rodziców staje się często powodem poronienia lub przedwczesnego porodu; potomstwo zaś rodziców kiłowych przedwcześnie zrodzone, bywa też zakażonem; jeśli zaś w porę przyjdzie na świat, bywa zwykle zołzowe lub dotknięte objawami krzywicy.

Bardzo szczegółowo rozpisuje się o symptomatologii kiły dziedzicznej Piotr Fabre (1748)[3]); rozróżnia on kilka odmian odziedziczonej od rodziców kiły dziecinnej i powiada, że dzieci spłodzone przez rodziców kiłowych, rodzą się bardzo schorzałe, z wybitnymi objawami choroby kiłowej; jeżeli zaś tylko jedno z rodziców dotkniętem jest kiłą, ojciec lub matka, drugie zaś pozostaje zdrowe, wtedy choroba przekazana dzieciom występuje u nich w słabym stopniu.

Rosen von Rosenstein[4]) szczegółowo też opisuje objawy kiły dziedzicznej i zarazem zwraca uwagę na to, iż objawy i stopień kiły u dzieci, pozostają w ścisłej zależności od stopnia choroby u rodziców, gdyż w przypadkach tu należących, w których rodzice przedstawiają wybitne objawy zakażenia kiłowego, płód zwykle umiera w łonie matki, wskutek czego następuje poronienie lub też przedwczesny poród nieżywego dziecka; jeżeli zaś kiła u rodziców występuje w słabym stopniu, wtedy dzieci rodzą się żywe i często przychodzą w czas na świat, wkrótce jednak po urodzeniu dostają guzów i wrzodów kiłowych. Levret[5]) pierwszy zwrócił był uwagę na skuteczność i nieszkodliwość leczenia rtęciowego u dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną.

Wielce oryginalne i dziwne zaiste zdania o kile dziedzicznej wypowiedział był Antoni Sanchez[6]); zaliczając kiłę do rzędu chorób u dzieci dość często napotykanych, upatruje wymieniony autor w zielonawej barwie wypróżnień noworodków nieomylną cechę kiły; obok tego nie waha się też zaliczyć do rzędu objawów kiłowych rozmaitych wad ustrojowych, zboczeń rozwojowych narządów płciowych i odbytu, napotykanych nierzadko u dzieci; gruźlica i wiele innych chór, zdaniem jego, pozostają także jakoby w związku przyczynowym z kiłą(!).

Van-Swieten[1]) wypowiada następny pogląd co do dziedzicznego przekazywania kiły: dzieci zakażają się już w łonie matki, chociażby ta nie miała kiły przed zajściem w ciążę; byleby tylko podczas brzemienności kiła udzieliła się jej od męża, przekazuje ona chorobę dziecku. Zdaniem Benjamina Bella[2]) kiła dziedziczna może przekazywać się potomstwu w następny sposób: od ojca za pośrednictwem zakażonego nasienia, od matki zaś za pośrednictwem krwi[3]).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Z kazuistyki sądowo-lekarskiej.

Jak kwalifikować tylko kwadrans trwającą utratę przytomności, nastałą z chwilą uderzenia narzędziem tępem w głowę?

Skreślił

Dr. Henryk Kowalski w Tarnowie.

Dnia 27. kwietnia b. r. we wsi C., uderzył L. Z. w nieprzyjaznym zamiarze R. O. obuchem motyki w głowę, wskutek czego uderzona na ziemię upadła.

Dr. X., badając R. O. w 3 godziny po obrażeniu, dostrzegł za uchem lewem nad wyrostkiem sutkowym lewym obrzęk, wielkości kasztana, krwią podbiegły a ze względu na to, że wedle opowiadania świadków zajścia między L. Z. z Reginą O., taż po uderzeniu motyką w głowę upadła na ziemię i przeszło kwadrans leżała bez przytomności, doniósł sądowi, że R. O. doznała wstrząśnienia mózgu, które za ciężkie uszkodzenie ciała uważać należy.

Zawezwany do oględzin sądowo-lekarskich w dniu 5. maja b. r. Dr. Y. nie zgodził się z Drem X. co do kwalifikacyi uszkodzenia a uznawszy je tylko za lekkie, z kilkodniowem nadwerężeniem zdrowia połączone, dodał zarazem, że ze względu na utratę przytomności, która u R. O. wskutek uderzenia jej w głowę motyką trwała około kwadransa, należy obwinionemu wymierzyć wyższą karę.

Z powodu sprzeczności zdań lekarzy sądowych, poleciła prokuratorya rządowa wezwać mnie i Dra Glazera do wydania w tej sprawie *superarbitrium*, na podstawie aktów i ponownego zbadania uszkodzonej na ciele R. O.

[1]) Herm. Boerhave. Tractatio medico-practica de lue venerea. Lugduni Batavíorum. 1751. str. 32—35.

[2]) J. Astruc. De morbis venereis libri IX. 1740; Traité des mal. vénériennes. IV. édition par M. Louis. Paris. 1777.

[3]) P. Fabre. Traité des maladies vénériennes. IV. édition. Paris. 1782. I. str. 6—8, 287, 352; II. str. 255.

[4]) Rosen von Rosenstein. Anweisung zur Kentniss und Kur der Kinderkrankheiten. Göttingen. 1785. str. 684—767.

[5]) Levret. L'art des accouchements. III. édition. 1766. str. 266, 443.

[6]) A. Sanchez. Observations sur les maladies vénériennes, par M. Audry. Paris. 1785.

[1]) Van-Swieten. Commentarii in Herm. Boerhave aphorismos. Lugduni Bataviorum. 1742—1772. V. §. 372—377.

[2]) B. Bell. Treatise on gonorrhoea virulenta and lues venerea. Edinbourg. 1793; Behrends Syphilodologie. 1845. VII. str. 382.

[3]) Oprócz przytoczonych wyżej autorów w sprawie kiły dziedzicznej pisali w XVIII. stuleciu: L. Roberg. Morbi hereditarii. Upsalae. 1702; Plenck. Doctrina de morbis venereis. Viennae. 1779; Unterwood. Traité des maladies des enfants. Paris. 1786; Nisbet. Essai sur la théorie et la pratique des maladies vénériennes. Paris. 1788; z braku jednak miejsca, przez wzgląd na szczupłe ramki niniejszej rozprawki, uważałem za stósowne rozpatrzeć się li tylko w dziełach wybitniejszych syfilografów XVIII. wieku, zamilczając o pomniejszych.

Orzeczenie moje, na które w zupełności zgodził się Dr. Glazer, opiewało jak następuje:

I. Nie ulega wątpliwości, że R. O. dnia 27. kwietnia b. r. przez L. Z. w lewą stronę głowy obuchem motyki uderzoną została i w tejże chwili na ziemię upadła. Okoliczność tę potwierdzają zgodnie świadkowie: J. M., M. M., J. P. i J. S., oraz Dr. X., który badając R. O. w 3 godziny po uderzeniu, spostrzegł u niej za uchem lewem w okolicy wyrostka sutkowego obrzęk, wielkości kasztana, krwią podbiegły.

II. Zważywszy na zeznania świadków a mianowicie na zeznanie 1) J. S.: „R. O. leżała na ziemi bezprzytomna, prawie bez życia, z 10 minut lub dłużej"; 2) W. D.: „R. O. była po uderzeniu jej przez L. Z. z kwadrans nieprzytomną"; 3) samej R. O.: „widziałam, jak L. Z. podniósł na mnie motykę; co się jednak ze mną dalej stało, nie pamiętam i tyle tylko zeznać mogę, że po przyjściu do siebie miałam guz za lewem uchem i głowa mnie bolała" — mimo tego, że w aktach niema wzmianki, czy u R. O. oddechanie i tętno były zwolnione, źrenice oddziaływały leniwo, bo na miejscu zajścia nie było lekarza — twierdzimy, że R. O. wskutek uderzenia jej obuchem motyki w głowę, doznała wstrząśnienia mózgu, przynajmniej kwadrans trwającego.

Naukowo bowiem stwierdzono, że osoby dotknięte wstrząśnieniem mózgu bądź to wskutek uderzenia w głowę, bądź to wskutek spadnięcia na głowę z pewnej wysokości, polegającem według D u r e t a na wyparciu cieczy mózgo-rdzeniowej, z następowem podrażnieniem ścian komórki czwartej, osobliwie wodociągu Sylwiusza, nie pamiętają ani chwili uderzenia, ani chwili spadnięcia i właśnie ta przerwa w ich pamięci jest charakterystyczną cechą wstrząśnienia mózgu, dozwalającą odróżnić je od symulacyi, gdzie uszkodzony na ciele, chcąc podnieść ciężkość doznanego obrażenia, zwykle dodaje, że po otrzymaniu uderzenia w głowę przez tyle a tyle godzin leżał bez przytomności.

III. Wobec tego, że uderzenie w głowę wywołało w tym przypadku kwadrans trwające wstrząśnienie mózgu i oprócz dwudniowego nadwerężenia zdrowia nie sprowadziło żadnych innych następstw, bo R. O. wedle zeznań W. D. już trzeciego dnia po zajściu z L. Z. zajmowała się swemi zwykłemi czynnościami, orzekamy ostatecznie, że wymienione obrażenie ciała, sprawiające choć tylko kwadrans trwające wstrząśnienie tak ważnego narządu, jakim jest mózg, jest samo przez się ciężkiem.

Dnia 25. lipca b. r. odbyła się w Tarnowie rozprawa karna przeciw L. Z. a sąd, przyjąwszy kwadrans trwające wstrząśnienie, jako samo przez się ciężkie uszkodzenie ciała z §. 152 u. k., skazał obwinionego na 3 miesiące więzienia postem co 14 dni obostrzonego.

IV. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Jak już wspomniałem, na te wywody Meynerta nie godzą się w zupełności wszyscy psychiatrzy. Jest rzeczą udowodnioną, że niektórzy malarze i rzeźbiarze potrafią obraz wytworzony wyłącznie w wyobraźni przedstawić sobie tak wyraźnie i dobitnie, że doznają wrażenia, jakoby mieli przed sobą rzeczywisty obraz zmysłowy, mający być odmalowanym, względnie wyrzeźbionym. Obraz ten mogą oni sobie nawet wyobrazić w przestrzeni, w pewnem oddaleniu od siebie i mają zupełnie takie wrażenie, jak gdyby obraz ten był np. wywołanym za pomocą przyrządów optycznych. Tego rodzaju obrazy wyobraźni nazwał Baillarger omamami psychicznemi. Różnią się one od rzeczywistych omamów zmysłowych tem, że, jakkolwiek mogą być do rzeczywistych zmysłowych obrazów bardzo podobne, to jednak nigdy nie mają takiej siły i wyrazistości, by ich nie można było odróżnić od zwykłych obrazów zmysłowych. Osoby, których to się tyczy, zawsze dobrze o tem wiedzą, że te obrazy są wytworzone ich umysłem i często wyrażają się, że obrazy te miewają w głowie, a zawsze umieją je dobrze odróżnić od obrazów zmysłowych rzeczywistych, wytworzonych za pośrednictwem zmysłów.

Istnienie czysto psychicznych omamów zmysłowych naprowadziło niektórych psychiatrów na myśl, że dostatecznie mocne zadrażnienie samych ośrodków korowych wywołuje także rzeczywiste omamy zmysłowe. Myśl ta znalazła uzasadnienie jeszcze w następujących, niezbicie stwierdzonych okolicznościach.

1) Omamy właściwe znikają, gdy odpowiednie ośrodki zmysłowe korowe zostaną zniszczone, lub ulegną zanikowi, jak to widzimy u ogłupiałych.

2) Omamy zmysłowe pojawiają się w całej swej sile i wyrazistości, lubo obwodowe części danego zmysłu są zniszczone.

3) Chociaż cały aparat zmysłowy jest w całości utrzymany i wraz z odpowiednim ośrodkiem podkorowym prawidłowo funkcyonuje, wrażenia zmysłowe ograniczają się tylko do e l e m e n t a r n e g o poczucia w zakresie danego zmysłu, np. poczucia światła lub barwy w zakresie zmysłu wzroku i nigdy nie tworzą się obrazy złożone, jeżeli odpowiedni ośrodek korowy jest zniszczony. Dla tego rozpoznawanie przedmiotów staje się w tym razie niemożliwe a dowodnie przekonywa nas o tem t. zw. ślepota i głuchota duszy.

4) Omamy zazwyczaj są tej treści, co myśli, i często w tej samej formie pojawiają się nagminnie.

5) Sztucznem drażnieniem nerwów zmysłowych za pomocą bodźców niewłaściwych, chemicznych, termicznych, mechanicznych i elektrycznych rzadko bardzo dadzą się wywołać rzeczywiste omamy zmysłowe u osób zdrowych, u chorych zaś, cierpiących na omamy zmysłowe, drażnienie takie wywołuje tylko takie omamy, jakie się u nich zwykle pojawiają, t. j. takie, które odpowiadają zwykłym myślom tych chorych.

Zastanówmy się teraz, jak sobie tłómaczą powstawanie omamów i złudzeń zmysłowych psychiatrzy tego drugiego obozu, t. j. zwolennicy teoryi duchowej. Twierdzą oni, że do tego, aby obraz pamięciowy mógł nabrać siły i wyrazistości rzeczywistego obrazu zmysłowego, t. j. stać się omamem, potrzebne są koniecznie warunki podobne, jakie są w prawidłowem powstawaniu obrazów zmysłowych, t. j. potrzeba koniecznie równoczesnego zadrażnienia całej tej drogi, którą w stanie prawidłowym odbywa dane poczucie zmysłowe.

Różnica polega na tem tylko, że cały aparat t. j. narząd zmysłowy bywa do czynności pobudzonym w stanie prawidłowym przez przedmioty zewnętrzne, w stanie nieprawidłowym zaś przez czynność czysto duchową. W pierwszym razie zadrażnienie idzie od obwodu ku środkowi, w drugim zaś przeciwnie od środka ku obwodowi.

Wszyscy przyznają zgodnie, że w razie pojawiania się omamów zmysłowych muszą koniecznie znajdować się jakieś zboczenia czynnościowe w narządach zmysłowych; inaczej bowiem omamy musiałyby być codziennem zjawiskiem, gdyż okoliczności do powstawania bardzo żywych obrazów pamięciowych są nader częste, jak np. wskutek silnych wzruszeń umysłowych, mocnego natężenia uwagi lub wyobraźni itp. Jeżeli tego rodzaju okoliczności wywołują istotnie omamy zmysłowe, w takim razie możemy na pewne twierdzić, iż są one skutkiem nieprawidłowej drażliwości ośrodkowych dróg danego zmysłu. Drażliwość ta może dojść do tego stopnia, że każde myślenie wywołuje odpowiednie omamy, zwłaszcza słuchu, i nieraz spotykamy przykłady tego rodzaju. Niektórzy chorzy skarżą się mianowicie, iż ktoś ciągle powtarza głośno to, co oni pocichu czytają, a nawet to, o czem myślą w skrytości. Niekiedy chorzy ci dochodzą do rozpaczy przez to, że drudzy szpiegują ich myśli tajemnie, aby je potem wyjawiać publicznie i głośno przed wszystkimi.

Niektóre z tych zjawisk musimy jednakże uważać za t. zw. omamy wrzekome, t. j. czysto psychiczne, czyli duchowe i świadome, gdyż osoby, o które chodzi, same nazywają je często tylko głośnem myśleniem, odbywającem się w ich głowie, a więc dobrze wiedzą, że nie są to głosy pochodzące ze świata zewnętrznego.

Złudzenia zmysłowe różnią się wedle wyznawców teoryi duchowej od omamów tem, że powstają przez zadrażnienie narządów zmysłowych drogą naturalną t. j. od obwodu ku środkowi, gdy omamy przychodzą do skutku w przeciwny sposób.

W złudzeniach więc zmysłowych przychodzi do poczucia w podobny sposób, jak w prawidłowem działaniu zmysłów, ale poczucie to zmienia się po drodze i dla tego prowadzi do fałszywego wyobrażenia.

Gdy omamy w stanie prawidłowym umysłu nie pojawiają się prawie nigdy, złudzenia są prawie codziennem zjawiskiem. Źródłem do powstania złudzeń zmysłowych może być:

1) świat zewnętrzny, przez który przechodzić muszą podniety właściwe dla narządów zmysłowych (złudzenia fizyczne).

2) narząd zmysłowy obwodowy, od obwodowych aż do podkorowych swych zakończeń, (złudzenia fizyologiczne wedle Krafft-Ebinga).

3) ośrodek zmysłowy korowy (złudzenia psychiczne).

Złudzenia fizyczne należą do najczęstszych; doświadczamy ich prawie codziennie i tak np. te same przedmioty wydają się nam w powietrzu rozrzedzonem mniejszemi i odleglejszemi, w powietrzu zgęszczonem większemi i bliższemi; pręt zanurzony w wodzie wydaje się złamanym; przedmioty jasne ułożone na ciemnem tle wydają się większymi.

Gdy jedziemy szybko, zdaje się nam, że znajdujemy się na miejscu a drzewa, słupy telegraficzne i inne przedmioty poruszają się obok nas itp.

Wyznawcy teoryi duchowej przeczą stanowczo, żeby przez działanie jakichkolwiek bodźców czyli podniet niewłaściwych na narządy zmysłowe powstać mogły rzeczywiste omamy zmysłowe. Twierdzą oni, że przez działanie tych bodźców (niewłaściwych) powstać mogą jedynie pewne, nieokreślone poczucia zmysłowe, które tylko u osób chorych na umyśle mogą przedstawić się jako złudzenia zmysłowe i być odniesione do przedmiotów zewnętrznych, gdy zdrowe osoby zawsze uważają poczucia swe za podmiotowe, w nich samych powstałe i z przedmiotami świata zewnętrznego nic wspólnego nie mające.

Tak w zapaleniu naczyniówki, lub za uciskiem, albo uderzeniem oka, może powstać podmiotowe poczucie blasku; nieżyty i zapalenia ucha wewnętrznego mogą sprowadzić podmiotowe poczucie brzęku, świstu, dzwonienia, szumu i t. p. Osoby chore na umyśle mogą często uważać te nieokreślone poczucia z początku za niewyraźne szepty, pochodzące od innych osób a później twierdzić, że słyszą wyraźnie głosy, przekleństwa, obelgi i t. p. Tego rodzaju objawy nazywa Krafft-Ebing złudzeniami fizyologicznemi, uważając za ich źródło zboczenia w narządach zmysłowych od obwodowego aż do podkorowego ich zakończenia włącznie, a więc te zboczenia, które wedle Hagena, Meynerta i wszystkich zwolenników teoryi zmysłowej o omamach prowadzą zawsze do rzeczywistych omamów zmysłowych.

Złudzenia zmysłowe mogą pojawić się u osób zdrowych także skutkiem tego, że podniety zmysłowe działają za krótko, lub za słabo na odpowiedni zmysł tak, że nie mogą sprawić dokładnego wrażenia, przez co powstaje niedostateczne poczucie, które prowadzić może do błędnego wyobrażenia. Jeżeli np. oglądamy jaki przedmiot przy zmroku, możemy go bardzo często wziąć za inny a więc łudzić się. Jeżeli zdala widzimy jakąś osobę, możemy nie rozpoznać jej dokładnie i wziąć ją za inną osobę i t. p.; to samo tyczy się innych zmysłów. Jeżeli jaki zmysł stanie się z jakiegoś powodu nadmiernie czułym, wtedy słabe zadrażnienia sprawiają niezwykle mocny skutek i prowadzą do złudzeń w ten sposób, że ktoś widząc np. igłę sądzi, że ma sztylet przed oczyma, a słaby ogień wydać się mu może wielkim pożarem i t. p.

Najczęściej powstają złudzenia zmysłowe przez to, że dane wrażenia zwysłowe jakkolwiek należycie odczute, nie są należycie porównane z podobnemi, dawniej odczutemi i ustalonemi wrażeniami i przez to nie zostają należycie pojęte i zrozumiane. Dzieje się to najczęściej skutkiem niedostatecznej i zbyt pobieżnej uwagi, jakoteż skutkiem niedostatecznego zastanawiania się czyli krytyki i rozumowania.

Oba te rodzaje złudzeń nazywamy złudzeniami psychicznemi, albowiem powstają one dopiero w ośrodkach korowych danego zmysłu.

Tu należą także złudzenia powstałe skutkiem tego, że umysł nie posiada dostatecznej ilości podobnych, dawniej odczutych i ustalonych t. j. zapamiętanych obrazów zmysłowych, aby dane przedmioty należycie ocenić i rozróżnić. Dzieje się to u dzieci i u ogłupiałych. Są to właściwie złudzenia sądu. Małe dziecko uważa (z początku) często każdą kobietę za swą matkę a każdego mężczyznę za ojca; upośledzeni umysłowo biorą często osoby nieznane za dobrych dawnych znajomych i odwrotnie nie poznają ostatnich, uważając ich za osoby nieznane i t. p.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania.

M. Mendelsohn: **Der Comfort des Kranken.** Berlin. 1892. Zweite Auflage. 1 marka 60 feników.

Gdy młody lekarz po ukończeniu nauk wchodzi w praktykę, sądzi, że jego działanie lekarskie rozpoczyna się od zbadania chorego a kończy na zapisaniu recepty. Ani pierwsze ani drugie nie przyczynia się wcale ani do wygody ani do przyjemności chorego. Są jednak jeszcze inne potrzeby i wymagania w chorobie, których spełnienie przynosi choremu rzeczywistą ulgę i przyjemność, a jeżeli zaspokoi się je według wskazówek higieny, to wpływają one korzystnie i na przebieg choroby. Na tego rodzaju szczegóły zwraca jednak lekarz uwagę dopiero po kilkuletniej praktyce, zmuszony do tego skargami chorych i zewnętrznemi niekorzystnemi okolicznościami, w których chory często się znajduje.

Książeczka powyższa ma też na celu pouczyć lekarza wstępującego w praktykę o wymaganiach i potrzebach chorych a równocześnie o sposobach ich zaspokojenia. Tych praktycznych wiadomości nie wynosi lekarz ani z kliniki ani z podręczników.

Z wielu szczegółów pracy wspomnimy tylko o najważniejszych, n. p. położenie i rozmiary pokoju dla chorego. Zdarza się bowiem często, nawet w zamożnych domach, że choremu wyznacza się najciaśniejszy i najniestosowniej położony pokój. Szczegółowo wymienia autor, jakie barwy i sprzęty mają się znajdować w pokoju gorączkującego, jak utrzymywać w nim czystość, świeże powietrze i stósowną ciepłotę, w jaki sposób należy przestrzegać spokoju, jak urządzić dogodne łóżko i jak je prześcielać, w jaki sposób należy chorego ubierać, zmieniać ubranie i przy nim utrzymywać czystość, z jakich naczyń go karmić i t. d. Równocześnie znajdujemy wskazówki, jak należy sobie radzić w domach zamożnych a jak w ubogich.

Dla chorych szpitalnych żąda autor wygodnego urządzenia, ustępów i kąpieli i zwraca uwagę na potrzebę zakładania bibliotek w szpitalach.

Jak z powyżej przytoczonych szczegółów okazuje się, książeczkę tę może z pożytkiem przeczytać każdy praktyk, zwłaszcza, jeżeli chce być równocześnie rzeczywistym przyjacielem cierpiącej ludzkości. *W. J.*

Choroby skórne.

Kirstein: **O paskowatem rozstępowaniu się skóry** (*divulsio*) **jako objawie towarzyszącym ciężkim chorobom gorączkowym.**

18 letni robotnik, pochodzący ze zdrowej rodziny, przebył w r. 1891 zapalenie płuc a w r. 1892 ciężkie, 7 tygodni trwające, zapalenie kiszki ślepej, z kilkutygodniowym w parę miesięcy później nawrotem. Skoro po chorobie dźwignął się z łóżka, poczuł nagle w lewej stronie grzbietu bolesne kłócie i pieczenie, utrzymujące się przez 3 dni. Plecy wyglądały przytem pstrokato, gdyż po lewej ich stronie przebiegały czerwone paski, jakby po obiciu kijem. Podczas obserwacyi klinicznej rozciągały się one od 10. kręgu piersiowego aż do górnej granicy kości biodrowej lewej, długie na 2—8 cm., szerokie na 2—10 mm., za uciskiem niebolesne. Wyglądały zupełnie jak t. zw. blizny poporodowe, bladoróżowo, z lekkiem zagłębieniem, o przyskórku nienaruszonym; pod światło okazywały delikatne poprzeczne prążkowanie (w kierunku długiej osi ciała).

Tego rodzaju zmiany w skórze opisał pierwszy Ascherson w Berlinie (1835), później zaś (1856—1863) Reuss, Röser i Förster obserwowali ogółem 13 podobnych przypadków. Tyczyły się one prawie wyłącznie ludzi młodych (10—20 r. ż.) a występowały przeważnie w przebiegu długo trwającego ciężkiego duru, zawsze obustronnie a symetrycznie, głównie po stronie wyprostnej kończyn.

Podobne paski w skórze widziano raz w przebiegu kiły drugorzędnej, to znów u młodej histeryczki, u której były one bolesne, wreszcie można je też obserwować u zupełnie zdrowych osób w okresie dojrzewania.

Langer wyjaśnił, że t. zw. blizny poporodowe, stanowiące typ tego rodzaju zmian, powstają jedynie z rozciągnięcia włóknistych części skóry, podobnie jak się to zdarza obok ciąży, również przy guzach brzucha o znacznej objętości, puchlinie brzusznej i t. p.

W przytoczonych przypadkach rozstąpienia się skóry po durze należy przypuścić, że straciła ona odporność skutkiem długiego leżenia w łóżku i niedostatecznego odżywienia tak, że już nieznaczne napięcie, jak n. p. przy zgięciu kolan, mogło sprowadzić w niej tego rodzaju rozstępy.

Dupuytren przyjmuje zbyt szybki rozrost kości u dzieci jako okoliczność do rozstępowania się skóry usposabiającą.

Dany przypadek różni się od innych lokalizacyą wyłącznie na tułowiu, z pominięciem odnóg i to po jednej (lewej) tylko stronie stosu kręgowego, z poczuciem bólu na początku choroby. Nadto, jak wykazywała kliniczna obserwacya, nie było tu żadnego patologicznego rozciągnięcia się skóry, ani też nie można było wykazać miarą różnicy w obwodzie między stroną prawą a lewą tułowia. Przypuścić zatem trzeba, że gdy skóra już w prawidłowym stanie jest mocno napięta przez elastyczne elementa tkanki podskórnej, to napięcie to już samo przez się stanowi dostateczny czynnik mechaniczny, który, zwłaszcza przez jakiś silniejszy ruch ciała spotęgowany, może sprawić powyższe zmiany, tem łatwiej w skórze osłabionej długą chorobą ogólną.

Uderza też, że owe paskowate rozstępy zdarzają się prawie zawsze w przebiegu chorób ze zmianami w przewodzie pokarmowym, jak w durze brzusznym, zapaleniu kiszki ślepej i czerwonce. (*Berl. klin. Wochschr. 41. 1893*). *L. K.*

Przegląd terapeutyczny.

— Casasovici, lekarz naczelny szpitala wojskowego w Roman w Rumunii, i Miron Sigalea użyli z bardzo pomyślnym skutkiem w przypadkach znacznych wysięków w opłucny pomazywań skóry gwajakolem, świeżo tak wychwalanych przez Sciollę jako działających przeciw gorączce.

Wspomnieni używają gwajakolu nie czystego, lecz zmięszanego z nastojem jodowym według formuły:

Rp. *Guajacoli 5·00*
Ttrae jodi 25·00
MDS. Zewnętrznie.

i wcierają naraz całą tę ilość z tyłu klatki piersiowej po stronie chorej.

Pomazywania te obniżały znacznie temperaturę ciała, wywoływały obfite poty i powiększały ilość moczu prowadząc w krótkim czasie do zupełnego wessania wysięku.

Ten sposób leczniczy okazał się skutecznym w jednym przypadku obfitego wysięku opłucnowego, w którym nawet punkcya nie doprowadziła do żadnego celu.

— Jemma otrzymawszy pomyślne skutki z wstrzykiwań do żył (*intraveineuses*) sublimatu w kile mózgowej, wpadł na myśl użycia ich także w leczeniu innych chorób zakaźnych. Wychodząc ze zapatrywania się, że według naszych teraźniejszych wiadomości jest rzeczą o wiele ważniejszą zobojętniać wydzieliny trujące (toksyczne) bakteryj, niż usiłować niszczyć sameż bakterye, spodziewa się autor, że możnaby najprędzej dojść do tego celu wprowadzając sublimat wprost do obiegu krwi. Jakoż wstrzykiwał na próbę sublimat do żył w 6 przypadkach duru brzusznego, jednym róży, jednym ostrego gośćca stawowego i jednym gruźlicy. Nie wysnuwając z tak małej liczby przypadków żadnych jeszcze wniosków, zwraca uwagę, iż na 300 blisko wstrzyknień nie miał ani razu żadnego nieprzyjemnego objawu; owszem zdawało się nawet, iż przynajmniej w durze wstrzykiwania te działają pomyślnie.

Do wstrzykiwań używał autor strzykawki Pravazowskiej; do rozpuszczania sublimatu brał wodę wyjałowioną, przesączając płyn po kilka razy. Pierwsze wstrzyknienie zawierało tylko miligram sublimatu, którego zresztą nie wstrzykiwano nigdy więcej, niż 4 miligramy.

Jemma sądzi, że wszędzie, gdzie chodzi o rychły skutek sublimatu (a więc n. p. w kile układu nerwowego. *Przyp. red. Przegl. lek.)*, należałoby używać wstrzykiwań do żył.

Ten sposób wprowadzenia sublimatu do ustroju ma tę wyższość nad wstrzykiwaniami podskórnemi i wśródmięśniowemi, że działa energiczniej i nie sprawia żadnego bólu.

Brit. med. Journal. 24. czerwca. 1893.

— Colombini używa ze skutkiem pomyślnym mentolu we wszystkich chorobach skóry swędzących osobliwie, gdy chorzy drapią się bardzo (jak n. p. w pokrzywce, niektórych formach wyprysku, świerzbie) i zapisuje roztwór wyskokowy 5%, roztwór olejny 10%, maści 1—6% i nakoniec proszki 2—6%. Nie należy używać rozczynów bardzo zgęszczonych na skórę pozbawioną przyskórka ani na błony śluzowe z przyczyny pieczenia, ani na zbyt wielkie obszary skóry z przyczyny bardzo nieprzyjemnego uczucia oziębienia. Oczywiście, że mentol działa tylko symptomatycznie i że osobno trzeba jeszcze leczyć osutki, które sprawiają swędzenie.

Wien. med. Presse. 7. maja. 1893.

Notatki terapeutyczne.

Do zabicia nerwu w zębie zaleca się płyn:

124) Rp. *Acidi arsenicosi subtilissime pulverati* 0·20
Kreozoti 2·00
Morphini muriatici 0·15
Olei caryophyllorum 1·00
Glycerini 5·00

MDS. Wpuszczać do zęba za pomocą kończystego pręcika szklanego, zanurzonego poprzednio w tej mięszaninie.

Südd. Apoth. Ztg. 1893.

Proszek na zęby W. Millera.

125) Rp. *Calcii carbonici praecipitati* 120·00
Cort. chinae rubrae
Concharum praeparatarum
āā 60·00
Myrthae pulveratae 35·00
Olei menthae piperitae guttas 15.

Woda na zęby W. Millera:

126) *Thymoli* 0·25
Acidi benzoici 3·00
Ttrae eucalypti 15·00
Alcoholi absoluti 100·00
Olei de winter green (ol gaultheriae) guttas 15.

MDS. Dawać po łyżeczce od kawy do pół szklanki wody.

Pharm. Ztg. 48. 1893.

VI. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

W tej to prowincyi i, jak podają urzędowe raporta, z powodu przeciągających tędy pielgrzymów z Mekki, powracających tą drogą do Persyi, Beludżystanu, Nedżet, stał się ogniskiem, z którego wybuchła w tym roku cholera literalnie przetrzebiła miejscową ludność. Przypuszcza się, że zarazę zawleczono tu z Hedżasu. Jednakże, gdy uwzględnimy poprzednie jej wybuchy, choć z lekka tylko zaznaczone przez lekarzy anglo-indyjskich; gdy poddamy ocenie tak wpływy klimatu jak i tradycyjne niechlujstwo, opijanie się mlekiem wielbłądziem, działającem zbyt podniecająco na ruch robaczkowy jelit, wypadnie nam zgodzić się na zdanie, że cholera w Nedżecie częściej zawdzięcza swe powstanie czynnikom wykluwającym się na miejscu, aniżeli dostawaniu się zarazy wyłącznie za pośrednictwem przesuwających się tędy karawan. Jakby jednak nie było, i oddalona ta prowincyja, teraz nieco lepiej poznana, da się policzyć do rzędu ognisk, zagrażających z jednej strony wielkorządztwu Bagdadu a z drugiej i innym prowincyjom półwyspu arabskiego. Jedynym zaś środkiem mogącym sprzyjać przytłumieniu tych ognisk, byłoby pozostawienie tu na czas dłuższy załogi wojskowej wysyłanej z Bagdadu i nie zmienianie jej, jak tylko po ścisłem przekonaniu się o istotnym charakterze zdrowotności w pośród ludności i wojskowych. Zaprojektowane zaś ustanowienie straży sanitarnych przez wzgląd na niebezpieczeństwo jest tylko kwestyją czasu, rychłego wymagającą przeprowadzenia.

Jakkolwiek mordercze epidemie dżumy należą już do odległej przeszłości i chociaż z jej formą krwotokową spotykamy się coraz to rzadziej, niemniej jednak przez wzgląd na rozmaitość objawów zarazy, jakie ją cechowały w ubiegłych paru latach, należy przyznać, że i ta plaga pochodzenia indyjskiego ma jeszcze przed sobą pewną przyszłość, przynajmniej na tureckim Wschodzie. Z poszukiwań przeprowadzonych przez Drów Naranziego i Dicksona (*Papers to the history of plague*), Cabiadesa (*La Peste dans l'Irak-Arabi et Kourdistan persan*), Wortabeta (*Edinburg med Journal. 1879*) i Adlera (*Wiener med. Zeitung. 1879*), jak również z okoliczności osobiście zanotowanych w roku 1884—85 w Iraku arabistańskim i Persyi, doszedłem do przekonania że ogniska dżumy wcale tam nie wygasły, lecz tylko złagodniały w swej energii, trzymając się pewnych okolic, gdzie dzięki sprzyjającym okolicznościom, pierwiastek chorobotwórczy wykluwa się powoli, by po niejakim czasie buchnąć mocniejszym lub słabszym płomieniem, szerząc swe zniszczenie w dal od zwykłych swych ognisk. W istocie też i w początkach bieżącego roku, obok cholery grasującej z niesłychaną gwałtownością w północno-wschodnich okolicach Persyi, potwierdzono także wybuchy dżumy, jak zwykle występującej naprzód w Kurdystanie a następnie rozwlekającej się do najbliższych posiadłości otomańskich nad Eufratem. Gdy więc w Persyi cholera szerzyła swe żniwo, na zachodzie i dalej, aż ku ostatnim zamieszkanym punktom nad zatoką perską grasowała jednocześnie dżuma, jednakże w rozsianych tylko punktach, nie przedstawiając cechy epidemicznej, ale też i nie będąc owym *typhus loimodes non contagiosus* dawnych tu badaczy. Rozwój bowiem objawów chorobowych i ich przebieg były daleko powolniejsze tak, że na 767 przypadków dostrzeżonych w osadach kurdzkich na pograniczu turecko-perskiem, tylko 116 zakończyło się nieszczęśliwie. Nie wątpię, że było wcale inaczej po stronie perskiej, gdzie obojętność władz na szerzenie się chorób zakaźnych, obok uporu mieszkańców w ukrywaniu swej sytuacyi zdrowotnej, nie pozwalają na zebranie choćby tylko przybliżonych dat statystycznych

Co do dżumy więc panującej w tym roku to tylko mogę podać, że cechujące ją objawy, mianowicie stałe zawsze obrzmienie gruczołów limfatycznych, przechodzenie ich w ropienie, charakteryzowały się łagodniejszym i krótszym przebiegiem a co niemniej ważne, i mniejszym stopniem zaraźliwości. Cechy tego rodzaju dawały też i możność do pomyślniejszego rokowania. Pomimo wszakże, że tegoroczne wybuchy dżumy w formie złagodniałej nie sprowadziły tak znacznych zniszczeń, jak w latach poprzednich, to niemniej jednak staje się koniecznem dalsze i ściśle jej badanie czuwanie nad miejscowościami, w których zaraza się ukazała i, o ile podobna, stłumianie jej ognisk, bo tym jedynie

sposobem da się powstrzymać mordercze jej rozwlekanie się a i zastósowane środki dać mogą nieco pomyślniejszy rezultat. Przedsięwzięte w tym względzie usiłowania władz tureckich trwają ciągle z równą energią. A przybycie Mirzy Dra Ali Khana do Europy dla wystudyowania ogólnego ustroju służby zdrowia i dla obznajomienia się z czynnościami tej gałęzi w Carogrodzie, wzbudza myśl, że z powrotem do kraju jednego z dzielniejszych pionierów higieny w Persyi i tam nastąpi okres pożądanych zmian, w celu zwalczania tradycyjnych przesądów tyle szkodliwych dla ogólnego zdrowia, tak wyraźnie sprzyjających szerzeniu i utrzymywaniu się chorób zakaźnych. Nim jednak higienicy perscy choć młodzi, lecz energiczni, zaznajomią nas ze skutkami swych usiłowań, endemiczne ogniska dżumy w ich kraju nieraz jeszcze zagrożą sąsiednim prowincyom i od czasu do czasu zaznaczą swe istnienie ponownym wybuchem zarazy, mniejsza już o to, czy to w formie groźnej, czy też złagodzonej siłą mającego się przeprowadzić higienicznego postępu.

Ku posiadłościom ottomańskim na wybrzeżu afrykańskiem także w tym roku zwrócił pilniejszą baczność ogół higieników. Tam to bowiem a mianowicie w mieście Bengazi i jego okolicy, od końca przeszłego do połowy bieżącego roku szerzył się z niezwykłą energią dur osutkowy czyli głodowy, spowodowany posuchą, nieurodzajem i nagromadzeniem się wyniszczonych mieszkańców w ważniejszych punktach prowincyi, gdzie się zbiegano, by otrzymać choćby szczyptę mąki lub garść daktyli. Niezwykle długi czas trwania epidemii i wielka liczba ofiar, jakie ona pochłonęła, zrodziły przypuszczenie o szerzeniu się tam dżumy. Dla przekonania się więc o patologicznej doniosłości niebezpieczeństwa zagrażającego z tej strony wysłano w początkach kwietnia osobną komisyę do Tripolis. Wzięli w niej udział Drowie Bednawski i Zitterer, z zadaniem przeniknięcia do ognisk zakaźnych i złożenia co najrychlej szczegółowego raportu o zdrowotnej sytuacyi w prowincyi. Jednakże nie spieszono się z przybyciem na miejsce, stósując się niejako do tradycyjnego przysłowia wschodniego, że zbyteczny pośpiech nie daje pomyślnych rezultatów! Parostatek bowiem przeznaczony do przewiezienia komisyi zawijał naprzód do kilku przystani a zatrzymawszy się dłuższy czas w Salonice, gdzie zabrał ładunek mąki przeznaczonej dla zgłodniałych w Tripolis, dopiero wtedy ruszył na miejsce swego przeznaczenia. Kilkotygodniowy pobyt komisyi w Bengazi i okolicy, przeprowadzone poszukiwania i zebrane fakta doprowadziły do rezultatu pomyślniejszego, aniżeli się spodziewano, przekonywającego, że szerzącą się tu epidemią nie była dżuma, lecz tylko dur osutkowy, którego wybuchy w ciągu ostatnich dwudziestu lat powtarzały się tu dość często, sprawiając każdym razem bardzo znaczną śmiertelność. Komisya więc, przekonawszy się o tej okoliczności, powróciła do stolicy, zaznaczywszy tylko, że w prowincyi trypolitańskiej ogniska duru wcale nie wygasły i wymagają obok zastósowania środków ostrożności sanitarnych, także i pieczołowitości rządu, zaopatrywania w zboże całych mas ludności, w reszcie bardzo niedbałej o osobisty dobrobyt.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

— Dr. Justyn Karliński, Krakowianin, lekarz powiatowy bośniacko-hercegowiński, znany z wielu prac naukowych, ogłoszonych w językach polskim i niemieckim, który wśród największych trudności doprowadził po dwakroć do domu mahometańskich pielgrzymów bośniacko-hercegowińskich ze zakażonej cholerą Mekki i swemi sanitarnemi zabiegami nie tylko wielką ich część uratował od śmierci, ale i przeszkodził zawleczeniu cholery do kraju, otrzymał zawezwanie do czynności lekarskich przy ambasadzie austro-węgierskiej w Konstantynopolu a zarazem odkomenderowany na czas nieograniczony do osobistej służby przy sułtanie Abdulu Hamidzie. Dr. Karliński był pierwszym, który, powołany do Smirny na zalecenie poselstwa austro-węgierskiego w Konstantynopolu przez szefa sanitarnego, baszę Bąkowskiego, wykrył prątki przecinkowe Kocha u chorych w tem mieście.

Dr. Karliński wyjechał w dniu 14. b. m. z Tryestu wprost na miejsce swej nowej czynności; w Dardanellach oczekiwać go będzie prywatny jacht sułtański, który go zawiezie niezwłocznie do pałacu.

Dr. Karliński skreślił wspomnienia ze swych podróży i czynności lekarskich na Wschodzie i nadał im tytuł: Pod żółtą flagą (jest to znak kwarantany i zarazy). Wspomnienia te, przeznaczone pierwotnie dla *Przeglądu lekarskiego*, który ich niestety nie otrzymał, ukażą się niebawem w druku w językach angielskim i niemieckim.

— W Nrze 41. *Medycyny* zwraca Dr. A. Sokołowski uwagę na tę niewłaściwość, która wkradła się w ostatnich latach do naszego piśmiennictwa lekarskiego, iż autorowie cenne zresztą spostrzeżenia kazuistyczne ubierają w bardzo rozległe nieraz cytaty z podręczników lub pism peryodycznych zagranicznych, co nie może w żaden sposób wychodzić na korzyść autora a zniechęca do podawania swych postrzeżeń do wiadomości ogółu innych kolegów, którzy dla braku odpowiednich bibliotek nie mogą w podobny sposób dekorować swych prac. Jeżeli zaś autor koniecznie chce już mieć cytaty w swej pracy, niechże przede wszystkiem nie zapomina o pracach krajowych i niech sobie bierze w tej mierze za przykład Rydygiera, Jaworskiego i Biegańskiego. Roczniki prac polskich, wydawane naprzód przez Rogowicza a następnie przez Towarzystwo lekarskie warszawskie, wystarczają zupełnie do poinformowania się o piśmiennictwie naszem w każdej gałęzi nauk lekarskich.

Zgadzamy się zupełnie z trafnemi uwagami Sz. kol. Dra A. Sokołowskiego.

— W ubiegłem półroczu letniem było zapisanych we wszystkich uniwersytetach szwajcarskich 275 kobiet, z których uczęszczało na wydział lekarski 3 w Bazylei, 5 w Lozannie, 25 w Genewie, 40 w Zurychu i 47 w Bernie.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej wyszło teraz właśnie nowe wydanie farmakopei, w której po raz pierwszy w miejsce starych wag i miar angielskich użyto systemu metrycznego.

— Z lekarskiej statystyki rzeczypospolitej hamburskiej za rok 1892, zestawionej przez Dra Reinckego, dowiadujemy się autentycznie, iż pierwsza, główna epidemia cholery rozpoczęła się 16. sierpnia a skończyła 13. listopada t. r. i że zachorowało z cholery wtedy 16956 a umarło 8605 osób. Druga mała epidemia następowa rozpoczęła się 5. grudnia i trwała do 3. marca 1893: przypadków zasłabnięcia było wtedy 64, z których 17 zakończyło się śmiercią. Ogólna śmiertelność wynosiła w r. 1892 w stósunku do roku i tysiąca 39·8 i była największą od roku 1832, również cholerycznego, w którym umarło w tym samym stósunku i czasie 41·3. R. zwraca przy tej sposobności uwagę, iż wybuch epidemii w Hamburgu poprzedziło pojawienie się znacznej liczby przypadków choleryny (z wymiotami) letniej i że tak również było w Altonie i Nietleben pod Halą nad Salą i widzi w tej okoliczności związek z cholerą a ponieważ zajmuje stanowisko całkiem kontagionistyczne, mianowicie zaś przeszłoroczną epidemię hamburską uważa za skutek zakażenia przez wodę, przeto zdanie jego nie jest bez znaczenia i dla teoryi lokalistycznej. Pokazało się zresztą właśnie w zeszłorocznej epidemii hamburskiej, iż jakkolwiek woda jedynie mogła być powodem jej gwałtowności i rozpowszechnienia się, same laseczniki choleryczne nie wystarczają do wywołania choroby. Ta okoliczność mogłaby skłonić obydwie teorye cholery do zjednoczenia się.

— B. prezydent Akademii umiejętności w Paryżu, d'Abadie, ofiarował na rzecz tej instytucyi dobra wartości 600000 franków i kapitał 400000 franków w akcyach banku francuskiego pod warunkiem, by w zakładach z tej darowizny powstałych nie robiono żadnych wiwisekcyj.

— **Cholera.** Od Dra W. Jabłonowskiego w Burgas nad morzem Czarnem otrzymujemy następujące pismo:

„W następstwie poszukiwań dokonanych w pracowniach, patologicznej przy szkole lekarskiej i chemicznej przy zarządzie miejskim i wskutek wykrycia przez Dra Chantemesse obecności lasecznika przecinkowego w wydzielinach chorych tak w zakładzie dla obłąkanych w Skutari, w wodzie w koszarach Selimie, jak również i w odosobnionych przypadkach dostrzeżonych po europejskiej stronie Bosforu, wiadomo teraz, że stan patologiczny, z jakim się walczy w Carogrodzie, jest cholerą azyatycką.

Jeżeli wszakże zaraza nie rozwlekła się na dalsze obszary, występując w stolicy z niezwykłą łagodnością, to okoliczność tę zdaniem uczonego badacza należy przypisać wszechstronnej pieczołowitości sułtana, gorliwości organów powołanych do czuwania nad sytuacyą zdrowotną i ścisłemu stósowaniu środków ostrożności sanitarnych. Tak pochlebna a wreszcie zgodna z ogólnym nastrojem opinia, wydana przez specyalistę-bakteryologa (kosztem półtorasta tysięcy franków sprowadzonego z Paryża), zyskawszy mu uznanie wyższych sfer, została już wynadgrodzoną cenną dekoracyą: ottomańskim medalem zasługi i sześcioma tysiącami miesięcznej pensyi, w celu prowadzenia dalszych badań. Poszukiwania też, tak wspaniałomyślnie poparte, są prowadzone z całą energią i naukową ścisłością i nie wątpię, że dla stołecznych koryfeuszów będą podstawą do samodzielniejszego działania w przyszłości. Nie przypuszczam tylko, ażeby poszukiwania Dra Chantemesse mogły nas zaznajomić z jakimś odmiennym chorobotwórczym pierwiastkiem i wykazać nieznane dotąd niedostatki w ogólnej tu higienie. Niemniej jednak pobyt w Carogrodzie uczonego specyalisty, jego metoda i cały program w przeprowadzeniu ścisłych poszukiwań, nie pozostaną bez zaznaczenia się wydatnym zwrotem w czynnościach komisyj higienicznych. A że sfery bardziej pessymistyczne wcale nie ufają w możność polepszenia się stósunków zdrowotnych, to na razie i tej opinii przyznamy słuszność, potwierdzoną wreszcie ustalaniem się ognisk zakaźnych, bardzo groźnych dla przyszłości, bo powstających w okolicznościach wielce sprzyjających ponownemu rozwojowi.

— **Nekrologia.** Zmarł w Sebastopolu w 51. roku życia Dr. Adolf Ostrowski, który dawniej praktykował przez lat kilkanaście w Warszawie, w roku 1870/71 był operatorem w armii francuskiej a następnie był czynnym w wojnie serbsko-bułgarskiej.

Na ostatniem posiedzeniu Tow. lek. krak. odbytem dnia 18. października b. r., złożyli na ręce prezesa na koszta przewiezienia zwłok i postawienia pomnika ś. p. Dra Wóycikowskiego następujący koledzy: proff. Drowie Gluziński, Mars i Pieniążek po 5 złr., Dr. Kwaśnicki 4 złr., Drowie prof. Obaliński, Rosenblatt i doc. Zarewicz po 2 złr., Drowie doc. Ponikło, Mączka, Kryński, Schoengut, Surzycki, Radecki, Filipkiewicz i Olszewski po 1 złr. Razem 33 złr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże w kwocie 258 złr.

Kompetujący wykazać się mają:
1) obywatelstwem austryackiem,
2) dyplomem doktora medycyny,
3) świadectwem moralności,
4) świadectwem zdrowia,
5) znajomością języków krajowych,
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z 31. grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Termin wniesienia podań oznacza się do **1. grudnia 1893 r.** 130—3—1

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 28. Października 1893. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_3$ „	„ 6 „

I. Wykład wstępny prof. Dra Gluzińskiego.

(Przy rozpoczęciu wykładów patologii ogólnej i doświadczalnej w Uniw. Jag. w dniu 14. października b. r.).

Panowie!

Stoję przed Panami po raz pierwszy jako świeżo zamianowany profesor patologii ogólnej w tym Uniwersytecie, w którym rozpocząłem naukę i przez lata całe czerpałem swoje wiadomości. Pojmiecie Panowie, że o ile dumny jestem z tego, o tyle tem bardziej czuję cały ciężar obowiązku, jaki zdecydowałem się wziąć na siebie.

Wziąłem go na siebie wobec Tych, którzy uznali mnie za odpowiedniego na to stanowisko, wziąłem wobec Was Panowie, wziąłem wreszcie wobec samego siebie. Ci, którzy mię powołali, wiedzieli dobrze, że dotąd głównem polem pracy mojej była klinika medycyny wewnętrznej — patologia szczegółowa; powołaniem mojem chcieli dać wyraz zapatrywaniom swoim, że droga do poznania patologii ogólnej prowadzi przez patologię szczegółową, która daje sposobność bezpośredniej obserwacyi rozmaitych zjawisk chorobowych, zmuszających koniecznie do szukania związku między nimi, między ich przyczynami, między zmianami, które te przyczyny w ustroju wywołały. Udowodnić, że zapatrywanie się Ich słuszne — to pierwszy mój obowiązek a wypełnienie tego obowiązku o tyle będę miał łatwiejsze, że ono mi pozwala a właściwie nakazuje nie opuszczać dalej drogi, którą lata całe szedłem, t. j. drogi d o ś w i a d c z e n i a k l i n i c z n e g o.

Ważny obowiązek zaciągnąłem wobec Was Panowie: mam Was uczyć, ułatwiać Wam zdobywanie wiedzy, zachęcać do pracy dając sam dobry przykład, być wreszcie Waszym doradcą i sędzią sprawiedliwym Waszych usiłowań. Pragnę ten obowiązek wypełnić z całą sumiennością; czuję dobrze, że jest on głównym z zadań moich. Spełniając ten obowiązek będę miał prawo domagać się i wypełnienia Waszych obowiązków, jaki każdy z Panów wziął na siebie, wpisując się w poczet uczniów Uniwersytetu a specyalnie mówiąc w tej chwili, przestępując progi tego zakładu.

Nie mniej ważny zaciągnąłem obowiązek wobec siebie samego, wobec sumienia własnego, które długo kazało mi rozważać, ażali mam tu stanąć przed Wami, czy odpowiem zaufaniu Tych, którzy mnie na to zaszczytne stanowisko powołali. W chwili obecnej mogę tylko powiedzieć, że obowiązek ten stoi mi ciągle na pamięci, zachęcać mnie będzie do ciągłego postępu, by Wam go podawać i ile mię stać będzie, przyczyniać się do niego.

Zaciągnąłem moi Panowie! zatem swoje obowiązki tak, jak Wy Swoje; uzupełniają się one wzajemnie, jak myśmy się uzupełniać powinni. Pomagajmy sobie zatem wzajemnie do spełnienia swych zadań — pracujmy zatem wspólnie; mnie zastaniecie gotowym zawsze do udzielania rad i wskazówek a mam niepłonną nadzieję, że Was Panowie spotkam na stanowisku pilnych i dzielnych uczniów. Z tem przeświadczeniem przystępuję do pierwszego naszego wykładu, w którym uważam za stósowne podać Panom w głównych zarysach pojęcie, zadanie i metody badania naszego przedmiotu, t. j. patologii ogólnej.

W ogólnem, utartem dziś pojęciu przez patologią rozumiemy naukę o ciele chorem, jak przez fizyologią naukę o czynnościach ciała zdrowego. Wychodząc z tego określenia pierwszym warunkiem porozumienia się, to danie odpowiedzi na pytanie: co zowiemy c h o r o b ą? Chorobą nie nazwiemy pewnych zboczeń budowy organizmu, n. p. braku rozwoju części płciowych, braku pewnego mięśnia; chorym nie nazwiemy człowieka, który ma wrodzony brak jednej lub kilku kończyn, lub któremu je przed laty odjęto; będzie to tylko n i e p r a w i d ł o w o ś c i ą — chorem nie nazwiemy wreszcie ciała umarłego, mimo, że w niem znajdziemy najrozmaitsze zboczenia. By być c h o r y m, trzeba ż y ć; choroba jest więc ściśle związaną ze s p r a w ą ż y c i o w ą. Wieki całe chcąc dotrzeć do jądra prawdy zużyły najtęższe umysły

dla dania sobie odpowiedzi, jak zapatrywać się na tę sprawę życiową, by powiedzieć, co jest życie? Z pośród mglistych, mistycznych, nieraz fantastycznych pojęć, które dawały podstawę najrozmaitszym systematom nauki, stósownie do tego, jak urabiało się pojęcie życia i gdzie jego źródła szukano, nie wyłonił się naturalnie ani jeden, któryby zadanie rozwiązał; praca jednak nie poszła na marne, zyskaliśmy między innemi jedno pojęcie dla nas ważne, że to jest żywem, co na pewne bodźce (*irritamenta*) oddziaływa czynnością, a drugie, że źródła tego życia nie w sokach z osobna organizmu, jak chciała humoralna patologia, nie w samej krwi, jak chciała hematopatogia, nie w układzie nerwowym, jak chciała neuropatologia a tem mniej w węźle życia *Flourensa* szukać należy, ale że w złożonym ustroju każdy narząd ma swoje życie a w narządzie tym każda tkanina a w tkaninie każda komórka lub pierwociny, które z komórki powstały.

Jest to niespożytą zasługą Virchowa, który na podstawie swych badań miał prawo powiedzieć *omnis cellula a cellula*, uzupełniając w ten sposób zdanie Harveya *omne vivum ex ovo* i tworząc podstawę tak zwanej przez siebie patologii komórkowej (*Cellularpathologie*).

Każda zatem komórka, każda tkanina, każdy narząd, cały wreszcie pewien ustrój, jeżeli żyją, żyją życiem własnem, mają swoją *vitam propriam* dawnych autorów, jak z drugiej strony, co żyje, posiada w sobie energią oddziaływania czynnością na pewne bodźce zewnętrzne.

Bodźce te zewnętrzne stanowią okoliczności, wśród jakich życie się odbywa; od nich i od energii, z jaką oddziaływają na nie składniki naszego ciała z osobna, zależy, czy ustrój nasz jest zdrowym czy chorym. Chorobę, bowiem pojąć możemy tylko jako zboczenie od prawidłowej sprawy życiowej. Ustrój nasz wśród nader zmiennych i rozlicznych okoliczności jest urządzony tak, że mocą regulujących czynności jest w stanie przedstawiać prawidłową sprawę życiową, t. j. zdrowie a jeżeli te regulujące czynności nie są już w stanie wobec okoliczności, bodźców działających utrzymać prawidłowych spraw życiowych, powstaje choroba, której stopień i trwanie zawisły znów od rodzaju i ilości bodźca z jednej strony a energii ustroju z drugiej strony; od nich zawisłem będzie, czy mamy przed sobą lekką czy ciężką, krótką czy przewlekłą chorobę. Pojęcie to choroby, jak i okoliczności, w jakich ona powstaje, i na tem pojęciu oparta nauka, nie mogły powstać od razu, potrzebowały długiego czasu, wielu przemian myśli, rozwinąć się mogły dopiero na podstawie innych nauk naszych a jak w każdej nauce przyrodniczej, trzeba było posuwać się i tu od szczegółów do pojęć ogólnych.

Przede wszystkiem przedmiotem badania był człowiek chory; z niego zbierano i spisywano objawy, grupowano je w pewne szeregi, jako opisy osobnych chorób; tworzyła się zwolna dawna patologia szczegółowa, oparta tylko na objawach i uczuciach podmiotowych chorych, czyli właściwie symptomatologia a ile razy przedwcześnie pokuszono się o jakieś ogólne systemata, na podstawie których szukano dla nich ogólnych prawideł, sprowadzano rzecz całą na błędne drogi; jeden systemat padał po drugim i czyniono to dopóty, dopóki w pomoc nie przyszła anatomia patologiczna, dopóki ona nie wykazała, że przy pewnych objawach, jakie przedstawia ustrój chory a które odpowiadają pewnej danej chorobie, znajdujemy pewne zmiany w komórkach, tkankach i narządach. Od tej chwili zaznacza się zwrot w nauce. Dziś ze zbiorem objawów, z wynikiem fizycznego badania danego chorego, przywołujemy sobie na pamięć obraz pewnej choroby i łączymy z nim odrazu obraz zmian, jakie ustrój będzie przedstawiać w tej chorobie. Teraz dopiero, gdy zebrano cały szereg podobnych obrazów, przyszła kolej na wykazanie związku między obrazem choroby a zmianą znalezioną w ustroju i na wykazanie związku między przyczynami chorób a ich skutkami; chodziło o wykazanie, jak n. p. u ludzi, którzy przedstawiali po śmierci zmiany na zastawkach sercowych, w ujściach żylnych, w mięśniu sercowym i t. d. a którzy za życia przedstawiali takie a takie objawy, jak u tych ludzi odbywała się ta sprawa życiowa w tych okolicznościach nieprawidłowych z jednej strony, z drugiej strony o znalezienie bodźców, okoliczności, które tę zmianę wywołały a w trzecim rzędzie o wykazanie związku między temi bodźcami a znajdywanemi zmianami za życia i po śmierci. Są to niejako działy jednej i tej samej nauki, z których w jednym n. p. zapoznajemy się z przyczynami chorób: zowiemy go etyologią; w drugim z zasadami objaśniającemi związek zjawisk chorobowych między sobą i stósunek ich do przyczyny: będzie to patogeneza. Z działów tych składa się nauka patologii, t. j. z nauki o objawach (symptomatologia), z anatomii patologicznej, etyologii, patogenezy i t. d. Co do różnych chorób z osobna, zajmuje się niemi patologia szczegółowa a o ile z poszczególnych tych wiadomości, dały się wywieść ogólne zasady, utworzyły one patologię ogólną, która, jakkolwiek historycznie później powstać musiała, aniżeli patologia szczegółowa, to dla celów dydaktycznych zaznajamiamy się z nią pierwej, nim Panowie wstąpicie do kliniki, by mając pojęcia ogólne łatwiej się później zoryentować w szczegółach.

Wracając do swego przedmiotu zaznaczyć musimy, że wyniki badań tych poszczególnych działów naszej nauki dążą do jednego celu, do poznania prawideł spraw życiowych w okolicznościach nieprawidłowych, t. j. choroby, czyli dążą do utworzenia fizyologii patologicznej. Żyjemy w czasach, które dzięki zdobyczom naukowym ostatnich dziesiątków lat, już dzisiaj pozwalają naukę naszą przedstawić jako fizyologię patologiczną. Daleko jej jeszcze, by porównać się mogła z fizyologią normalną, ale bo też zakres jej daleko obszerniejszy. Fizyologia patologiczna jest więc koroną, jak mówi Birch-Hirschfeld, tego budynku który tak dawno się już wznosi, jest ona w znacznej części celem i treścią patologii ogólnej. Ma ona nam dać poznać tak prawa spraw życiowych w ciele chorem, jak fizyologia normalna czyni to dla ciała zdrowego; są to nauki w ścisłym związku ze sobą zostające.

Jak bez anatomii a zwłaszcza części jej histologicznej nie podobna dobrego pojęcia nabrać o anatomii patologicznej, tak znajomość fizyologii normalnej umożliwia dopiero poznanie fizyologii patologicznej. Fizyologia normalna była przewodniczką i wzorem dla ukształtowania się fizyologii patologicznej, tego głównego działu patologii ogólnej, która też najlepiej da się przedstawić, jeżeli będziemy się trzymać podziału przyjętego już w fizyologii, t. j. będziemy mówili kolejno o patologii krążenia, oddechania, trawienia i t. d.

Obok podziału fizyologia patologiczna zastósowała do swoich celów znaczną część metod badania, jakiemi się posługuje fizyologia normalna. Fizyologia normalna znaczny

zasób swoich prawideł zdobyła drogą doświadczenia na zwierzętach, eksperymentu; patologia zastósowała go u siebie w całej pełni, zyskując przez to jeszcze jedno określenie, t. j. nauki doświadczalnej. Drogą tą rozrozwiązała patologia ogólna szereg cały zagadnień, tak pod względem przyczyn chorób, jak pod względem poznawania zjawisk chorobowych i związku ich między sobą. Nie trzeba jednak przeceniać tej metody badania; zakres jej ograniczony już to wskutek tego, że nie jesteśmy w stanie naśladować wszystkich naturalnych okoliczności powstawania choroby, już to dla rozmaitości budowy, warunków życia, funkcyi poszczególnych gatunków zwierząt, które nie pozwalają przenieść wprost zdobytych wyników do patologii człowieka. Dość przytoczyć Panom, że człowiek podlega pewnym chorobom, których u zwierząt nie spotykamy i których wywołać u nich nie jesteśmy w stanie, że jedna i ta sama choroba stósownie do gatunku zwierzęcia przebiega odmiennie i t. d.

Występuje tu do pomocy doświadczenie, eksperyment niejako przez naturę samą podany w postaci rozlicznych chorób człowieka i słusznie twierdzi Cohnheim, że „systematyczne a uważne spostrzeganie przy łóżku chorego jest wprost niewyczerpanem źródłem dla fizyologii patologicznej“. Jest ono koniecznem i niezbędnem i dla tego, który chce pracować w patologii. Klinika z jednej strony, anatomia patologiczna z drugiej, to dwie stacye kontrolujące i uzupełniające zadanie patologa, chroniące od bezdroży a powiem otwarcie, broniące od nadużywania zwierząt do eksperymentowania zbytecznego i bezcelowego.

W ten sposób poznaliśmy moi Panowie! istotę, drogi i metody patologii ogólnej. Jakie jej znaczenie? Ma ona nam wskazać przyczyny chorób, zmiany wywołane przez nie w składzie tkanin naszych, objawy i zrozumienie tych objawów życia w okolicznościach odmiennych od prawidłowych. Daleko jej jeszcze od całości; w wykładach dalszych obok tego, co wiemy, poznacie Panowie i braki a im bardziej wiadomości swe pogłębiać będziecie, tem szersze przed Wami otwierać się będzie pole zagadnień czekających rozwiązania. W każdym razie dziś patologia pojęta jako fizyologia patologiczna zdobyła tyle podstaw, że stała się już umiejętnością, zdobyła sobie należne stanowisko w rzędzie nauk przyrodniczych — jest ona częścią nauki o życiu, t. j. biologii.

Patologii nowoczesnej, jak zwraca uwagę Virchow, zawdzięczamy poznanie, że różnica między życiem w zdrowiu i chorobie nie polega na różnicy zasadniczej między dwoma gatunkami życia, nie na zmianie samej istoty, lecz tylko na zmianie okoliczności. Prócz tego czysto naukowego znaczenia patologia ma przed sobą zadanie drugie, czysto praktyczne. Jako lekarze mamy przede wszystkiem zapobiegać chorobom czyli podawać sposoby utrzymania zdrowia a w razie choroby rozpoznać ją i leczyć. Tylko przez poznanie przyczyn, sposobu ich działania, przez poznanie etyologii, która jest częścią patologii, możemy podawać przepisy utrzymujące zdrowie (jestto działanie lekarza zapobiegawcze czyli profilaktyczne), tylko przez zrozumienie dobre czynności ustroju w danych okolicznościach nieprawidłowych, przez umiejętne znalezienie kolejności i związku między objawami, jakie zdobywamy przy łóżku chorego za pomocą swych sposobów badania, i złączenie ich z obrazem, jaki podaje nam anatomia patologiczna, możemy dobrze rozpoznawać i trzymając się starej zasady, jakie rozpoznanie, takie leczenie, leczyć racyonalnie.

Jak widzicie Panowie, patologia ogólna wkracza do wszystkich gałęzi nauk lekarskich i właściwie wszystko, co wiemy dotąd o ciele chorem, moglibyśmy w niej pomieścić. Temat to tak obszerny, że z pedagogicznych względów należało go podzielić. Pewną częścią, t. j. nauką o przyczynach chorób, zajmuje się higiena, biorąc do pomocy zoologię, botanikę, fizykę, chemię; inną część, t. j. naukę o zmianach w tkankach powstałych w chorobie, objęła anatomia patologiczna; naukę o objawach (symptomatologia), rozpoznawanie i leczenie objęła głównie klinika tak, że nam jako główne zadanie wykładów pozostaje fizyologia patologiczna, t. j. nauka o czynnościach ustroju chorego. Nie spuścimy z oka naturalnie i innych działów, o ile tego dla zrozumienia rzeczy będzie potrzeba.

Dla należytego korzystania z wykładów przynajmniej jednego wymagać muszę, aby słuchacze patologii ogólnej, zapoznali się poprzednio z fizyologią normalną i ważniejszemi częściami anatomii patologicznej a poznacie Panowie, jak wiadomości z patologii ogólnej wyniesione, ułatwią Wam dalszą naukę przy łóżku chorego. Dlatego Panowie nie mogę dość gorąco zachęcić Was, do pilnego uczęszczania na wykłady dla dobra Waszego, dla ułatwienia sobie dalszej pracy a mam nadzieję, że z końcem roku wzajemnie sobie powiemy: spełniliśmy swój obowiązek!

II. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Przedstawiłem w głównym zarysie dwa sprzeczne poglądy różnych psychiatrów, tyczące się istoty i sposobu powstawania omamów i złudzeń zmysłowych. Chcąc przejść teraz do ściślejszej krytyki tych poglądów, pozwolę sobie zestawić jeszcze raz w krótkości najważniejsze w tej mierze szczegóły.

1) Wszyscy psychiatrzy zgodnie nazywają omamami wrażenia zmysłowe, powstałe bez żadnego działania podniet właściwych dla danych zmysłów, t. j. bez działania przedmiotów zewnętrznych a jednak tak silne i wyraźne, że ich od rzeczywistych wrażeń zmysłowych odróżnić nie można. Nad tym punktem nie potrzebujemy się więc wcale dłużej zatrzymywać.

2) Za źródło powstawania omamów zmysłowych uważają jedni a mianowicie zwolennicy t. zw. teoryi zmysłowej, zadrażnienie narządów zmysłowych gdziekolwiek w ich przebiegu od obwodowych zakończeń aż do odpowiednich ośrodków podkorowych włącznie. Inni zaś a mianowicie zwolennicy t. zw. teoryi duchowej, twierdzą przeciwnie, że wyłącznem źródłem powstawania omamów zmysłowych jest pierwotne zadrażnienie ośrodków korowych danych zmysłów, powstałe skutkiem podwyższenia się czynności wyobraźni.

3) Jedni widzą w podkorowych ośrodkach zmysłów miejsce, gdzie całkowite i to najbardziej złożone wyobrażenia zmysłowe przychodzą do skutku; drudzy zaś uważają je tylko za ośrodki poczucia elementarnych wrażeń zmysłowych. Całkowite i złożone wyobrażenia zmysłowe powstać mogą

wedle tych tylko w ośrodkach zmysłowych korowych, gdzie się też zaraz ustalają; wedle tamtych zaś ośrodki zmysłowe korowe są pozbawione wszelkiego poczucia i służą wyłącznie do ustalania obrazów zmysłowych, odczutych całkowicie już w ośrodkach podkorowych.

4) Na podstawie tych twierdzeń powstać mogą wedle pierwszych rzeczywiste omamy zmysłowe bez zadrażnienia a nawet bez obecności ośrodków zmysłowych korowych; wedle drugich jest to niemożliwe.

5) Pierwsi twórcy teoryi duchowej, mianowicie Esquirol a za nim Griesinger, mówią wyraźnie, że wygórowana wyobraźnia a więc myśl, jest źródłem powstawania omamów zmysłowych i odmawiają właściwym narządom zmysłowym, t. j. obwodowym ich częściom, wszelkiego udziału w tworzeniu się omamów zmysłowych. Są więc wyznawcami czystej teoryi duchowej, t. j. teoryi duchowej bezwzględnej.

Późniejsi nieco wyznawcy teoryi duchowej, uwzględniając prace Hagena, zmieniają częściowe pierwotne zapatrywania się i hołdują tak zwanej teoryi duchowej względnej. Zgadzają się bowiem z Hagenem o tyle, że przyznają, iż do powstawania omamów zmysłowych koniecznem jest zadrażnienie ośrodków zmysłowych podkorowych; różnią się zaś od wyznawców teoryi zmysłowej Hagena tem, że twierdzą, że zadrażnienie to ośrodków zmysłowych podkorowych pochodzi od pierwotnego zadrażnienia ośrodków korowych; idzie zatem od środka ku obwodowi. Wedle Hagena przeciwnie zadrażnienie to powstaje w ośrodkach zmysłowych podkorowych albo pierwotnie albo też udziela się im od bardziej obwodowych części narządów zmysłowych; idzie zatem zawsze od obwodu ku środkowi.

6) Wedle wyznawców teoryi duchowej w okolicznościach tych nie powstają właściwe omamy zmysłowe, lecz tylko niewyraźne poczucia zmysłowe prowadzące do złudzeń, które Krafft-Ebing dla odróżnienia od innego rodzaju złudzeń nazwał złudzeniami fizyologicznemi.

7. Hagen sam przyznaje, że omamy zmysłowe mogą być niekiedy niewyraźne t. j. nieoznaczone ściśle a wtedy uzupełniają się przez wyobraźnię do wyraźnych obrazów zmysłowych, czyli prowadzą do złudzeń. Złudzenia te wedle mego zdania najodpowiedniej byłoby nazwać omamowemi a nie fizyologicznemi.

Jak wspomniałem, wyznawcy teoryi duchowej przeczą stanowczo temu, żeby przez zadrażnienie obwodowych części narządów zmysłowych powstać mogły omamy zmysłowe i opierają się na tem, że przez sztuczne zadrażnienie nerwów zmysłowych, n. p. za pomocą prądów elektrycznych, wyjątkowo tylko wywołać można omamy zmysłowe u osób zdrowych; u osób zaś chorych na umyśle powstają w tych okolicznościach takie omamy, jakich one zazwyczaj doznają. Najnowsze doświadczenia Chwostka odnoszące się do omamów słuchu w zupełności to potwierdzają.

Na tej podstawie nie można się jednak opierać za bardzo. Dowodzi to tylko, że obecne nasze środki doświadczalne nie wystarczają do tego, byśmy mogli w nerwach zmysłowych sprawić taką zmianę, jakiej one doznają w prawidłowej swej czynności; a jak z jednej strony nie można wykluczyć możebności, że się w przyszłości to kiedyś uda, tak z drugiej strony nie możemy stanowczo twierdzić, żeby takie zmiany nie mogły powstać w samym ustroju od jakichś wpływów chorobowych.

Przeciwnie znamy objawy chorobowe, które za tem przemawiają, iż to jest możliwem, przynajmniej co do zmysłu czucia a tak również zdarzyć się może i w innych zmysłach.

Zwracałem już raz uwagę na uczucie bólu, jakiego ktoś doznać może w kończynie amputowanej przez ucisk na bliznę w kikucie; wiadomo również, jak gwałtownych doznają bólów w obwodowych częściach ciała chorzy w pierwszym okresie wiądu rdzenia pacierzowego (*tabes dorsalis*). Ból ten jest tego rodzaju, iż chorym nie można w żaden sposób wytłumaczyć, że źródłem jego są zmiany chorobowe w rdzeniu a nie na obwodzie. Znanem jest również wszystkim z własnego doświadczenia uczucie mrowienia, jakiego doznajemy, jeżeli przez dłuższy czas uciśniętym zostanie pień jakiegoś nerwu czuciowego, najczęściej łokciowego lub kulszowego, bo te najłatwiej ulegają takiemu uciskowi. Prawda, że chociaż każdy doznaje w takim razie uczucia zupełnie takiego, jakby po nim w danem miejscu łaziły mrówki, to jednak każdy poznaje i wie doskonale o tem, że uczucie to jest czysto podmiotowem i nie pochodzi od odpowiedniego, rzeczywistego przedmiotu, t. j. od łażenia mrówek. Musimy wziąć jednak to pod uwagę, że w tym razie dlatego tylko poznajemy, iż odpowiedniego przedmiotu zewnętrznego nie ma, że uczucie dane kontrolujemy innemi zmysłami a mianowicie wzrokiem.

Ślepy nie mógłby tego rozpoznać, zwłaszcza, jeżeliby w dodatku nie mógł dotknąć się inną częścią ciała tego miejsca, w którem swego uczucia doznaje, a tem samem i dotykiem nie zdołał skontrolować tego doznanego uczucia. Jeżeli przez drażnienie sztuczne nerwów zmysłowych nie potrafimy na pewne wywołać takich obrazów zmysłowych, jakich doznajemy w stanie prawidłowym przez działanie podniet właściwych, to pochodzi to, jak już wyżej wspomniałem, najpierw z braku odpowiedniej techniki a po drugie i z tego powodu, że w dotychczasowych doświadczeniach zawsze równocześnie bywały zadrażnione nerwy czuciowe w sąsiedztwie znajdujące się, i to właśnie jest przyczyną, że osoby, o które chodzi, jeżeli dokładnie oceniają okoliczności towarzyszące, t. j. są umysłowo zdrowe, poznają, że dane poczucie zmysłowe, nie pochodzi od odpowiednich przedmiotów zewnętrznych, ale jest podmiotowem, t. j. pozostało we własnym ich ustroju. Gdyby nie było równoczesnego zadrażnienia nerwów czuciowych, jak n. p. w zapaleniu ucha wewnętrznego i t. p., osoby, których to się tyczy, z pewnością uczucia szumu, huku, dzwonienia i t. p. odnosiłyby do jakichś zewnętrznych przedmiotów n. p. szumu wody, świstu wiatru i t. p.

Z tego wszystkiego widzimy, że przez zadrażnienie narządów zmysłowych gdziekolwiek w ciągu ich przebiegu od obwodowych aż do podkorowych ich zakończeń włącznie, mogą w pewnych okolicznościach powstawać rzeczywiste omamy zmysłowe, jak to twierdzą Hagen, Meynert i inni.

Nie da się jednakże zaprzeczyć, iż w ten sposób powstać mogą także tylko jakieś nieokreślone poczucia zmysłowe, które dopiero przez rozumowanie odniesione bywają do jakichś przedmiotów zewnętrznych a więc są właściwie złudzeniami tylko a nie omamami rzeczywistemi, we właściwem tego wyrazu znaczeniu. Ponieważ tym uczuciom nie odpowiada żaden rzeczywisty przedmiot zewnętrzny, czyli ponieważ uczucia te powstają wskutek działania podniet niewłaściwych na dany narząd zmysłowy, przeto możnaby je zwać

omamami nieokreślonymi albo, jak to Hagen czyni, niewyraźnymi; ale ponieważ uczucia te dopiero przez rozumowanie odniesione bywają do jakichś przedmiotów zewnętrznych a więc odbywa się tu czynność, która głównie działa w powstawaniu złudzeń zmysłowych, sądzę, że najodpowiedniej możnaby nazwać tego rodzaju zboczenia zmysłowe złudzeniami omamowemi. Nazwę złudzenia fizyologiczne podaną przez Krafft-Ebinga na te zboczenia, uważam za niewłaściwą i nieodpowiednią. Różnica między omamami rzeczywistemi a złudzeniami omamowemi będzie ta, iż pierwsze przedstawiają tak wyraziste i żywe obrazy zmysłowe, że osoby, których się to tyczy, nie są w możności dać się przekonać o tem, iż ulegają błędom w spostrzeganiu. Złudzenia zaś wszelkie wogóle a więc i omamowe mogą być po bliższem i dokładnem zastanowieniu się uznane za błędne wyobrażenia, gdyż nie przedstawiają dosyć pewnych i wyrazistych obrazów zmysłowych, lecz przedstawiają się tylko jako niewyraźne poczucia.

Jak już wspomniałem, wykazały doświadczenia, że za pomocą sztucznego drażnienia nerwów zmysłowych wyjątkowo tylko dadzą się wywołać złożone, to jest obrazowe omamy zmysłowe. Przytoczę teraz kilka w tej mierze przykładów.

Mechaniczne drażnienie nerwu wzrokowego przez uciskanie, rozrywanie albo rozcinanie jego włókien w obrębie siatkówki, powstałe wskutek naciskania na gałkę oczną, albo też w inny sposób n. p. przez przepełnienie naczyń krwionośnych siatkówki, albo naczyniówki, sprowadza prawie zawsze pojawianie się światła białego, rzadko barwnego. Natężenie, trwanie i rodzaj objawów świetlnych wywołanych przez wpływ podniet mechanicznych bywają różne, stósownie do przyczyny, która je wywołuje.

Przecięcie wszystkich włókien nerwu wzrokowego w samym jego pniu ma sprawiać uczucie nadzwyczaj mocnego światła w rodzaju błyskawicy rozprzestrzeniającej się na całem polu widzenia. Podobnego uczucia doznaje się także po mocnem uderzeniu w okolicę gałki ocznej, przyczem naturalnie muszą być zadrażnione prawie wszystkie włókna nerwu wzrokowego podobnie, jak przy jego przecięciu.

Podobnie, chociaż w mniejszym stopniu, rozjaśnia się pole widzenia za nagłem a mocnem skierowaniem gałki ocznej na wewnątrz, na zewnątrz lub w jakimkolwiek innym kierunku a dzieje się to skutkiem silnego naciągnienia wielkiej ilości włókien nerwu wzrokowego, za każdym takim silnym i gwałtownym ruchem gałki ocznej. Ograniczone pojawienie się światła występuje także, gdy uciskamy gałkę z boku. W tym razie widzimy w polu widzenia okrągłą figurę świetlną po stronie przeciwnej uciskowi. Jeżeli z przodu uciskamy miernie całą gałkę oczną, wtedy widzimy rodzaj wiru świetlnego. Pojawienie się nagłe silnego światła w kształcie błyskawicy następuje także w czasie zamknięcia i otwarcia prądu galwanicznego, przepuszczanego przez nerw wzrokowy. Podobnego wrażenia doznajemy za każdą zmianą mocy przepuszczanego prądu stałego; gdy zaś przepływa prąd stały o stałem niezmiennem natężeniu, pojawiają się figury barwne. Barwa zmienia się za zmianą kierunku prądu wedle niektórych autorów; inni tego nie dostrzegali. Wedle Brunnera daje prąd dośrodkowy t. j. domózgowy barwę niebiesko-zielonawą, prąd odśrodkowy t. j. odmózgowy barwę żółtawo-czerwoną.

Zachowania się nerwu wzrokowego względem podniet termicznych i chemicznych wcale nie badano w ścisły sposób naukowy.

Z przykładów przytoczonych widać, jak niedostateczne i niepewne są doświadczenia co do stanowczego rozstrzygnięcia pytania, o które nam chodzi. To samo tyczy się podobnych doświadczeń ze zmysłem słuchu. Innych zmysłów wcale dotychczas dokładniej nie badano a nawet ich czynności fizyologiczne są przeważnie nieznane.

Co się tyczy pytania, czy całkowite poczucie zmysłowe powstaje już w ośrodkach zmysłowych podkorowych, czy dopiero w korowych, tego na pewne rozstrzygnąć nie można. Przytoczę jednak doświadczenia tu należące a potem zastanowimy się bliżej nad ich wynikami.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III.

W sprawie poruszonej artykułem Dra W. Chrząszczewskiego pod tytułem: **Nowa metoda leczenia wiewióra (trypra) wstrzykiwaniami ciepłego kwasu borowego** zamieszczonym w Nrze 40. *Przeglądu lekarskiego.* z r. b. otrzymujemy następujące pismo:

Przepłukiwań kwasem borowym i ja używam; o ile wiem, używa ich też docent i prymaryusz Dr. Zarewicz, a z lwowskich o kol. Świątkiewiczu wiem to na pewno. Mem zdaniem analogia tu bliższa z pęcherzem, niż z okiem; w leczeniu zaś pęcherza kwas borowy od bardzo dawna chyba wybitną gra rolę. Przepłukiwań używa się w ogóle ciepłych, choć nie wiem, czy kto, ja przynajmniej nigdy nie kierowałem się termometrem, i zdaje mi się, że nie używałem roczynów ogrzanych ponad 30° C.

Byłbym tego obecnie spróbował i nie odzywał się przed przeprowadzeniem prób, gdyby nie niejasny nieco ustęp w bardzo szczegółowym opisie. Kolega Ch. wspomina, że kateter posmarowany 10% maścią borową wprowadza do części krokowej (*pars prostatica*), że płyn wstrzykuje a odjąwszy strzykawkę wypuszcza go. Rzecz to niemożliwa. Albo kol. Ch. wprowadził kateter aż do pęcherza a wtedy, choćby bezpośrednio po oddaniu moczu (z nader rzadkimi wyjątkami) wypłynie nim przed założeniem strzykawki kilka kropel moczu a po wstrzykiwaniu i odjęciu strzykawki płyn wstrzyknięty, który jednak z częścią krokową a właściwie jej błoną śluzową wcale się nie zetknął albo też kol. Ch. był rzeczywiście tylko w części krokowej, a wtedy, jeśli pęcherz nie był nadmiernie wypełniony, mocz nie ukazał się z kateteru, nie wypchnął wypełniającego go powietrza i kol. Ch., mimo ostrożności zachowanych przy napełnianiu strzykawki, wpędził to powietrze w głąb; wstrzyknął też i płyn, ale ten płyn na powrót nie odpłynie, bo wchodząc przezwyciężał łatwiej opór zwieraczy krokowych, niż *compressoris urethrae* i wpłynął do pęcherza; drogę z powrotem ma jednak przez wspomniane zwieracze krokowe odciętą.

Że kol. Ch. wprowadzał oczko kateteru aż do pęcherza i za pierwszym razem tylko pęcherz, za następnymi tylko część przednią przestrzykiwał, z pominięciem części tylnej, która, o ile bywała zajętą, goiła się może pod wpływem wspomnianej, do pomazywania cewnika użytej maści borowej — wnoszę ze wzmianki, że po przepłukaniu mniemanej części krokowej wyciąga kol. Ch. kateter o 4—6 cm., czyli mniej więcej właśnie o tyle, ile mierzy część tylna, i dopiero część przednią przepłukuje.

Zresztą, choć rzeczy za *universale specificum* nie uważam, za jakie jej też i kol. Ch. nie podaje, o rezultatach dobrych nie wątpię i próby, jak wspomniałem, przeprowadzić zamierzam. To tylko, co mi nie jasnem, sprostować, względnie, jeśli ja źle zrozumiałem, wyjaśnić pragnę.

Na zakończenie spytam się jeszcze, czy to nie mylna owa wzmianka o 40° C. kąpielach nasiadowych. Zawsze to 32° R. a nie tylko z wykładów prof. Rosnera pamiętam przestrogę przed gorącemi kąpielami, ale i u swoich pacyentów po nich widywałem pogorszenie.

Dr. Czesław Uhma we Lwowie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Podręcznik chirurgii szczegółowej przez prof. Dra L. Rydygiera, dyrektora kliniki chirurg. Uniw. Jagiell. Tomu drugiego zeszyt pierwszy. Poznań. Drukiem Jarosława Leitgebra. Nakładem Autora. 1893.

Nie łatwo znajdzie się u nas osoba, któraby podjęła się nakładu książki zawodowej; trzeba do tego albo stowarzyszenia, jakiem jest n. p. stowarzyszenie założone przez prof. Korczyńskiego, albo ryzyka samego autora, gdyż nasze księgarnie nie chcą się imać tego śliskiego interesu. Czyż z takim mozołem stworzona książka może wytrzymać konkurencyę z dziełami niemieckiemi, które za niedrogie pieniądze co kilka lat wychodzą w odnowionem wydaniu.

Niespożytą zatem zasługą jest prof. Rydygiera, że nie uląkł się tych trudności, tego mozołu a w końcu i tego ryzyka, i że na własny koszt wydaje dla dobra kształcącej się młodzieży lekarskiej dzieło, odznaczające się i doborem treści i nieskażonym językiem

Wprawdzie wskutek pomienionych trudności pojawiają się zeszyty książki, o której mowa, w okresach bardzo odległych; różnica bowiem czasu między pierwszym zeszytem pierwszego tomu a pierwszym drugiego wynosi lat dziewięć, lecz pocieszajmy się francuskiem przysłowiem, że *mieux tard, que jamais* i miejmy nadzieję, że dalsze zeszyty okażą się w krótszych terminach.

Obecny zeszyt zawiera choroby kręgosłupa i piersi z dodatkiem obejmującym choroby sutka. Jak w poprzednich zeszytach, trzyma się autor rozkładu Königa i Hütera, lecz obrabia rozdziały swego dzieła bardzo gruntownie, opierając się na własnem doświadczeniu, czego w tym zeszycie daje niezbite dowody świetnie opracowanymi działami, jak n. p. o zranieniach przepony i o wysięku ropnym w jamie opłucnowej.

Niemałą też zasługą autora jest, że obok literatury narodów prym w koncercie światowym wiodących, bardzo szczegółowo i sumiennie cytuje autorów z naszej biednej polskiej literatury. Książka ta znajdować się powinna nie tylko w rękach medyka gotującego się do egzaminów z chirurgii, lecz na biurku każdego lekarza polskiego; znajdzie on w niej bowiem wiele dobrych i trafnych wskazówek dla praktycznego swego zawodu. *Alfred Obaliński.*

J. Polak. **O cholerze w r. 1892 w Warszawie.** Str. 84 i dwie tablice. Warszawa. 1893.

Autor podawszy szkic historyczny pandemij cholerycznych, opisuje przebieg epidemii cholery w Królestwie Polskiem i mieście Warszawie w r. 1831, 1852, 1866, 1872/3, objaśniając rzecz wyczerpująco datami statystycznemi i przytaczając ówczesne rozporządzenia sanitarno-policyjne władz, zmierzające do stłumienia epidemii, niektóre w dosłownem brzmieniu według aktów urzędowych, wszystko poddając krytycznemu rozbiorowi i naukowemu ocenieniu.

Drugą część dziełka poświęca autor wyłącznie przebiegowi cholery w Warszawie w r. 1892. — Nasamprzód zwraca uwagę na wzmożenie się znaczne chorobliwości i śmiertelności wskutek nieżytu kiszek, jakie wykazano przed właściwą epidemią w sierpniu i we wrześniu 1892 r., poczem podaje dokładne daty, objaśniające kolejność przypadków cholery i ich związek pomiędzy sobą, łączność etyologiczną ognisk choroby, nadzwyczaj dokładnie opisuje obrazy chorobowe, jakie przebieg przypadków cholery przedstawiał i cyframi dowodzi, jak często wydarzały się pewne przypady chorobowe w przypadkach leczonych w szpitalach warszawskich; nakoniec zastanawia się krytycznie nad racyonalnością i skutecznością środków zapobiegawczych i sanitarno policyjnych.

Cenne bardzo i trafne są uwagi co do etyologii cholery, jakie autor podaje w końcowym rozdziale swej pracy; nie są to teoretyczne rozumowania, lecz wnioski wysnute ze spostrzeżeń ścisłych, ze statystyki bez uprzedzenia i ściśle umiejętnie spożytkowanej, n. p. że laseczník Kocha stanowi ważny objaw dyagnostyczny cholery .... wszakże nieobecność przecinkowców .... nie upoważnia do odrzucenia rozpoznania cholery. Wypada tu przypomnieć, że autor przytoczoną powyżej uwagą uprzedził wynik badań Rubnera i Dunbara (sierpień 1893), którzy w pewnej ilości przypadków cholery mimo starannych poszukiwań nie wykryli laseczników Kocha a odwrotnie wykryli w wodzie rzecznej w Berlinie i Hamburgu obecność laseczników, nie dających się niczem odróżnić od laseczników cholery azyatyckiej (*vibrio Berolinensis*).

Wspomina też autor z naciskiem o związku cholery z wodą rzeczną, jaki dostrzeżono także w Warszawie.

Praca Dra Polaka nader starannie spisana, stanowi piękną monografią o cholerze w Warszawie, opartą nie na jednostronnem zapatrywaniu się, lecz na krytycznem i zawsze ściśle umiejętnem ocenieniu okoliczności spostrzeganych i dat zebranych; należy mu się za to prawdziwe i zasłużone uznanie.

Strona typograficzna pracy, z której zdajemy właśnie sprawę, bardzo staranna. *Poniklo.*

Chirurgia.

Trzebicky: **W sprawie techniki operacyjnej przy herniotomii.**

Operacya przepuklin budzi u chirurga wielkie zainteresowanie się gwoli rozmaitości stósunków, jaką się znachodzi; z tego względu też tłómaczy się rozmaitość techniki operacyjnej. Autor tej sprawie poświęcił kilka cennych uwag na podstawie przypadku uwięzłej przepukliny udowej, operowanej w szpitalu Braci Miłosierdzia w Krakowie, po uwięźnięciu trzy dni trwającem. Operacyę wykonano w typowy sposób w znieczuleniu kokainą. Przy operacyi uderzyło autora, że kanał udowy był bardzo rozszerzony. Na jelicie dostrzeżono w miejscu najwypuklejszem zabarwienie brunatne wielkości grochu. Miejsce to podejrzane o zgorzel wpuklił autor a nad niem spoił fałdy jelita szwem Lemberta. Po odprowadzeniu wypadłego jelita wprowadził T. palec w głąb rany i przekonawszy się, że koniec palca porusza się swobodnie w jamie zawierającej jelita, spoił brzegi rany wprowadziwszy poprzednio pasek gazy jodoformowej.

Chory przez 24 godzin po operacyi miał się dobrze; wiatry odchodziły, później atoli przypady niedrożności na nowo wystąpiły w stopniu znacznie większym, aniżeli przed herniotomią, chociaż rana nie przedstawiała żadnej nieprawidłowości. Gdy chory mimo środków przeczyszczających i lawatyw miał się coraz gorzej, zgodził się na operacyę powtórną. Cięcie brzuszne poprowadzono w linii środkowej, poczem ujrzano rozdęte i mocno nastrzykane pętle jelita, pokryte miejscami strzępkami wypociny. Badanie bardzo dokładne wykazało, iż odprowadzone podczas herniotomii jelita nie znajdywały się w jamie brzusznej, ale w jamie wielkości jaja gęsiego, otrzewną ścienną oddzielonej od jamy brzusznej, że zatem odprowadzenie było tylko pozorne. — Uwolnione z tej jamy jelito wprowadził teraz T. do jamy brzusznej, wymacał wypocinę z jamy brzusznej, następnie

zamknął w całości ranę polaparatomijną a ranę herniotomijną wytamponował gazą jodoformową. Oznaki całkowitej niedrożności ustąpiły po operacyi; chory jednak umarł w 36 godzin wskutek ogólnego zapalenia otrzewnej, jak to wykazała sekcya. Jelito w miejscu zeszycia nie odróżniało się niczem od reszty.

Wskutek tego przypadku zaleca autor zaniechanie dawnych typowych operacyj przynajmniej przy przepuklinach pachwinowych. Jego zdaniem, które zresztą podzielają i inni operatorowie, przeciąć się powinno cały kanał przepuklinowy aż do pierścienia uciskającego a następnie po należytej desinfekcyi worka przepuklinowego przedłużyć cięcie przez skórę i mięśnie ku górze. Potem dopiero przecina się pierścień uciskający pod kontrolą oka a odprowadza jelito również pod pewną kontrolą wzroku. Zarzut, iż przy tym sposobie operowania jamę brzuszną otwiera się szeroko, słusznie tem odpiera, iż wobec antyseptyki jest błahym a to, że operacya kilka minut dłużej trwa, również nic nie znaczy, bo się unika przypadkowego skaleczenia jelita albo naczynia i unika repozycyi pozornej.

W końcu nadmienia autor, iż z bardzo dobrym skutkiem tak herniotomię, jak herniolaparotomię wykonywa w anestezyi lokalnej kokainą.

(Podobne stósunki, jak autor, zastałem w przypadku przepukliny pachwinowej. Po nacięciu pierścienia przepuklinowego, przekonałem się, iż 5 cm. głębiej ku jamie brzusznej znajduje się drugi pierścień uciskający. Pozornego odprowadzenia uniknąłem jednak rozszerzywszy światło pierścienia (patrz: Szkice herniologiczne. *Wiadomości lekarskie.* 1889, Nr. 6 i 7). Odtąd wprowadzam palec zawsze głęboko do jamy brzusznej a drugą ręką na brzuchu położoną kontroluję jego ruchy. *Przypisek sprawozdawcy.*). *Medycyna. 36. 1893.* *Dr. Bogdanik.*

Medycyna sądowa.

Lewin: Jaką dawkę morfiny może lekarz zapisywać choremu?

(Orzeczenie sądowo-lekarskie).

Osobie 64-letniej, chorej na raka macicy, polecił lekarz C. wodan chloralu przeciwko bólom i bezsenności. Gdy lek ten nie skutkował, zapisał chorej zawezwany drugi lekarz D. morfiny 0·2 na 10·0 wody, z poleceniem zażywania po 20—30 kropel przed spaniem.

Pacyentka zażyła 22. stycznia wieczorem 20—22 kropel. Nazajutrz zastał ją Dr. D. w głębokim śnie, spokojnie oddychającą, o tętnie 110. Wedle zeznania dozorczyni przebudziła się chora tegoż dnia o godzinie 1. po południu, jadła i piła zupełnie przytomna, po kwadransie zaś zasnęła z poleceniem, by nie przerywano skrzepiającego ją snu. Gdy ją mimo to zbudzono, dawała przytomne odpowiedzi i żądała napoju.

24. stycznia lekarz C. uwiadomiony o zaleconym przez D. leku, podejrzywa ostre zatrucie morfiną i podaje w swojem sądowem doniesieniu z tegoż dnia, że chorą zastał nieprzytomną, bladą, oddychającą powoli i z trudnością; nadto znalazł u niej zwężenie źrenic, przyspieszenie tętna i upośledzenie w oddawaniu moczu. Zalecił proszki z kamfory, nie stósując wcale atropiny, jako odtrutki, ani też żadnych środków przeczyszczających ani moczopędnych, celem wydalenia trucizny z ustroju.

W nocy z dnia 24. na 25. zbudziła się chora, rozpoznawała osoby, nawet wstawała z łóżka.

25. stycznia miała niepoznać Dra C., czemu jednak dozorczyni przeczy. Po południu straciła przytomność a nazajutrz (26. stycznia) po południu zmarła wśród znacznego rzężenia w płucach, gdy tętno doszło 140. Sekcya wykazała zgrubienie zastawki dwukończystej i trójkończystej, zwyrodnienie i rozstrzeń mięśnia sercowego, wreszcie olbrzymi guz rakowy macicy, zrosły mocno z częściami sąsiedniemi.

Rozważając opisany przypadek, należy obliczyć, że chora wypiwszy 20 kropel rozczynu wodnego, mogła wyżyć dozwoloną jeszcze dawkę 2—3 cntgrm. morfiny. Sprawozdawcy sądowi przyjęli mylnie do 0·0375 grm., dodając oraz, że dawka ta przyspieszyła zgon osoby, rakiem dotkniętej. — Chora, o którą chodzi, zasnęła wnet po zażyciu kropel i popadła w sen do południa następnego dnia, t. j. sen 11—15 godzinny, podczas którego żadnego objawu zatrucia nie dostrzeżono, owszem przekonano się o powiększeniu liczby tętna. Głęboki sen był bez kwestyi skutkiem morfiny a wystąpił tem łatwiej u osoby schorzałej, cierpiącej od dłuższego czasu na bezsenność. Nie była to jednak śpiączka (*coma*) z otrucia, gdyż w takim razie wystąpiłyby i objawy jego ze strony narządu krążenia i oddychania a to tem rychlej, ile że morfina w rozczynie wodnym zażyta, tem też łatwiej do krwi mogła była dostać się przez wessanie.

W razie otrucia nie mogłaby chora po 15 godzinach spożyć całkiem przytomnie pokarmu, bo, chociaż się zdarza, że po pozornem polepszeniu przychodzi do śmiertelnego zwrotu zatrucia, to przecież w przypadkach takich występują poprzód objawy ciężkiego otrucia.

Wedle przytoczonego przez Dra C. zeznania, tętno było przyspieszone, w oddychaniu nie dostrzeżono wcale typu Cheyne-Stockesa; chora zaś po 60 godz. była w stanie odpowiadać wcale przytomnie, gdy w zatruciu morfinowem tylko silne wstrząsania ciałem i mocne bodźce na skórę mogłyby wywołać zaledwo odruchowe jakieś poruszenie, nigdy zaś rozważnej odpowiedzi. Widziano wprawdzie niekiedy w zatruciu morfiną miasto zwolnienia przyspieszenie tętna a także i sen po zwykłej nawet dawce do 54 godzin trwający, wreszcie zboczenia w czynności serca i w oddychaniu; w danym jednak przypadku, nie wolno zapomnieć, że rzeczona zmarła chorowała na serce, przytem była zatruta jadem rakowym, który ostatecznie sam przez się prowadzi do śmierci wśród objawów podobnych, jak powyż opisane; wreszcie do schorzeń tych przyłączyła się nadto większa indywidualna wrażliwość na działanie morfiny.

Twierdzenie, jakoby tu zwykła dawka morfiny zadziałała mocniej ze względu, że zmarła poprzednio nigdy tego leku nie używała (o czem zresztą można wątpić), nie ma podstawy, gdyż o przyzwyczajeniu się do morfiny można mówić tylko przy ciągłem jej używaniu, wytwarzającem istotnie z czasem pewną odporność organizmu, gdy w innym razie nawet po dziesięciokrotnem zażyciu morfiny, jedenastorazowe przecież samo przez się wywołuje właściwy sobie odczyn.

Dawkę śmiertelną stanowi dopiero 15—20 razy większa ilość od zażytej; o tem zaś, czy i kiedy może ona stać się indywidualnie za wielką, tylko skutek poucza; wrażliwości bowiem chorego na dany lek nikt z góry oznaczyć nie może; lekarz zaś nie tylko nie może się nią krępować, ale owszem ma prawo przekraczać nawet wedle swego uznania przepisane dawki.

Orzeczenie znawców sądowych, jakoby morfina u chorej na raka tylko przyspieszyła śmierć skutkiem porażającego działania narkotyku na czynność mózgu, oddychanie, wydzielanie moczu znaczy właśnie tyle, co twierdzenie, że każdy, byle nieobojętny środek zadany przed samą śmiercią można podobnież uważać za przyspieszający zgon. W razie przyjęcia takiego zapatrywania się, należałoby wprost odmówić wszelakiego środka, kojącego straszliwe boleści chorych na raka, których wszakże nie ukoją ani zalecone przez owych znawców środki skrzepiające i opieka.

Wobec powyż przytoczonych zdań należy zatem w danym przypadku uznać śmierć za skutek zbiegu trzech niekorzystnych czynników, jako to: ciężkiego schorzenia rakowego, równoczesnej choroby serca a wreszcie i szczególnej, indywidualnej wrażliwości na morfinę. Wszelako, gdyby nie było ani pierwszego, ani drugiego a trzeba było uznać samo tylko otrucie morfiną za przyczynę śmierci, to i w tym razie nie możnaby uznać postępowania lekarza za sprzeczne z zasadami nauki lekarskiej. (*Berl. klin. Wochschr. Nr. 41. 1893*). *Dr. Leopold Kosiński.*

Patologia.

M. Rejchman: O dużych samoistnych uchyłkach (*diverticula*) dolnej części przełyku.

R. opisuje 3 przypadki uchyłków takich. Uchyłki te w miarę spożywania potraw przez chorych wypełniały się powoli, przez co występywały objawy zwężenia przełyku. Dało się to także stwierdzić przez badanie zgłębnikiem, który wprowadzony po spożyciu potraw, napotykał na przeszkodę w dolnej trzeciej części przełyku. Gdy jednak przez aspiracyę opróżniono uchyłek, co się łatwo udawało, zgłębnik bez oporu dał się wprowadzić do żołądka. Pierwotne zwężenie przełyku, jako przyczynę R. uważał w tych przypadkach za wykluczone. Chemiczne badanie dobytej treści uchyłków wykazało oddziaływanie kwaśne, pochodzące od kwasu mlekowego lub kwasu solnego. Badanie treści żołądka dowodziło mniej więcej prawidłowego trawienia. Treści te były więc zupełnie różne i dowodziło to dostatecznie, że między uchyłkiem a żołądkiem nie było żadnej bezpośredniej łączności. Pojemność uchyłków wynosiła od 100 do 500 cm. sz. We wszystkich przypadkach istniały dolegliwości, jak ucisk w okolicy dolnego końca mostka i wracanie się potraw, szczególnie wtedy, gdy uchyłek był wypełniony. R. badał cały szerego przełyków przy sekcyach i w 6 przypadkach rzeczywiście znalazł małe uchyłki, wielkości orzecha laskowego w dolnym odcinku przełyku. Na zewnętrznej ich powierzchni, nawet badaniem drobnowidowem, nie można było odkryć żadnych zrostów. Dlatego R. sądzi, że nie jest tu przyczyną pociąganie (*diverticula e tractione*) i że spostrzegane u 3 chorych uchyłki duże, mogły powstać z takich małych, wrodzonych lub nabytych. (*Gazeta lekarska. 5. 1893*).

Terapia.

W. Wróblewski: O zastósowaniu nalewki jodowej w chorobach gardziela i nosa.

Autor zaleca ten lek w całym szeregu chorób nosa i gardziela. Posługuje się przy tem pęzelkami z waty, które tylko miernie w nalewce jodowej umoczyć należy a to w tym celu, aby działania ograniczyć jedynie do miejsc schorzałych. Lek należy wetrzeć w tkanki chore i nie pomazywać tego samego miejsca pierwej, nim reakcya minie zupełnie. U osób bardzo tkliwych można przed zastósowaniem nalewki znieczulić błonę śluzową kokainą. Ból po pomazaniu zwykle bywa mierny i przemija w krótkim czasie. Leczenie to dało dobre skutki w *rhinitis atrophica* a z 10 przypadków nieżytu o złej woni (*ozaena*) w 2 nastąpiło wyleczenie, w 8 znaczne polepszenie. W. opisuje przypadek błonicy przyrannej po operacyi w jamie nosogardłowej, wyleczonej nalewką jodową. Również w jednym przypadku obfitych a uporczywych krwotoków ze sklepienia jamy nosogardłowej po dwukrotnem użyciu nalewki nastąpiło zupełne wyleczenie. W grzybicy włoskowcowej, w suchych nieżytach, jak również w niektórych okresach ropotoku jamy Highmora, środek ten dobre oddaje usługi. (*Gazeta lekarska. N. 10. 1893*). *Sch.*

Przegląd terapeutyczny.

— Z doświadczeń Thorntona na zwierzętach otrutych fosforem, dokonanych z domniemanemi odtrutkami tegoż ciała, jak olejkiem terpentynowym, nadmanganezanem potasowym, siarkanem miedziowym, nadtlenkiem wodoru, wypada:

1) Najlepszą odtrutką jest nadmanganezan potasowy (*kali hypermanganicum*). Należy go zadawać w rozczynie bardzo słabym: 0·5 do 1·0% i zanim fosfor został wessany.

2) Należy wystrzegać się używania siarkanu miedziowego, który wywołuje zawsze zapalenie przewodu pokarmowego nie mniej niebezpieczne, niż wessanie fosforu.

3) Nadtlenek wodoru działa bardzo powoli a drażni mocno przewód pokarmowy.

4) O olejku terpentynowym przypuszcza się, iż z fosforem tworzy masę krystaliczną, podobną do olbrotu czyli spermacetu. Ponieważ jednak to połączenie tworzy się tylko ze starą terpentyną francuską, której w handlu prawie całkiem dostać nie można, najpraktyczniej będzie olejku terpentynowego nie uważać za odtrutkę fosforu.

— Pomyślne działanie garbnikanu rtęci w kile poddały dwom lekarzom francuskim, Broussemu i Gayowi, myśl spróbowania ciała pod względem chemicznym bliskiego, dębiankanu rtęci (*gallate de mercure*) tem bardziej, iż spodziewali się, że w tem połączeniu znajdą ciało stalszego składu chemicznego od przetworów oznaczonych nazwą garbnikanu rtęci. Dębiankan rtęciawy (*gallate mercureux*) otrzymywali dodając kwasu dębiankowego do azotanu rtęciawego a dębiankan rtęciowy (*gallate mercurique*) dając kwas dębiankowy do octanu rtęciowego.

W pierwszym razie wydziela się proszek zielonożółtawy, który przez wysuszenie nabiera barwy brudnej, ciemnozielonej; w drugim razie powstaje proszek z początku czerwony, po wysuszeniu cisawy czyli brunatny.

Tak ta zmiana barwy, jak i inne próby przemawiają za tem, iż połączenia chemiczne w ten sposób otrzymane nie o wiele są stalsze, niż garbnikan rtęci.

Dlatego autorowie poszli tą samą drogą, jaką otrzymali garbnikan rtęci, i zmięszali 37·60 czystego, krystalicznego kwasu dębiankowego z 21·60 tlenku żółtego rtęci, utarli to razem w moździerzu, dodali 25 cm. sz. wody destylowanej i otrzymali płynną masę, którą zostawiali w moździerzu przez dwa dni. Masę wyschłą proszkowali a następnie suszyli pod dzwonem szklanym przez 24 godzin w obecności kwasu siarkowego. Rozbiór chemiczny proszku czarnozielonego w ten sposób otrzymanego wykazuje, że zawiera on 37·17% czystej rtęci.

Z proszku tego sporządzano pigułki zawierające po 0·05 garbnikanu rtęci a po 0·10 wyciągu chinowego, które przeto zawierały po 0·018 czystej rtęci, i tych dawano w klinice dermatologicznej po 2 do 4 na dzień 30 chorym, czy to dotkniętym wrzodem twardym, czy okazującym różne objawy kiły drugorzędnej.

Resorpcya tego przetworu odbywa się bardzo rychło tak, iż już po 24 godzinach od zażycia pierwszej dawki można wykryć rtęć w moczu.

Pod względem działania fizyologicznego nie ma nic do nadmienienia; ślinienie się było bardzo mierne a tylko wyjątkowo skarżyli się chorzy na bóle w brzuchu, ustępujące zaraz po zaprzestaniu leku, który później znowu można było zadawać aż do wyleczenia.

Działanie terapeutyczne występowało bardzo rychło. Dawka dzienna po 0·10 wystarczała zazwyczaj na wrzody twarde i lekkie objawy drugorzędne, jak różyczkę, lepicże; leczenie trwało zazwyczaj 15 dni, tylko bardzo rzadko miesiąc. Formy ciężkie, mianowicie ogólna osutka guzkowa, wymagały dziennej dawki po 0·20, zazwyczaj krócej, niż przez miesiąc. Wreszcie nadmienić należy, iż garbnikan rtęci okazał się bardzo skutecznym w ciężkich formach kiły drugorzędnej u osób nadużywających napojów wyskokowych lub wynędzniałych.

Z tego wszystkiego wypada, że dębiankan rtęci jest dzielnym środkiem przeciwkiłowym, mającym tę zaletę, iż nie łatwo wywołuje przypady rtęcicy, jeżeli go się używa w zwykłych dawkach terapeutycznych, i że zasługuje na użycie tam, gdzie przetworów klasycznych rtęci użyć nie można z przyczyny zboczeń w przewodzie pokarmowym, nieprawidłowej dentycyi lub ogólnego wynędznienia.

(*Les Nouveaux Remèdes. 8. Octobre. 1893*).

— Z uwagi, że mimo najściślejszej antyseptyki trafiają się ropnie po wstrzykiwaniu podskórnem arseninów (jak 1% rozczynu arseninu sodowego i rozczynu Fowlerowego), radzi Saalfeld na podstawie własnego doświadczenia zagotować w rurze odczynnikowej płyn przeznaczony do wstrzyknienia przed samą injekcyą. Przy zachowaniu tej ostrożności nie powstają nigdy ropnie. (*Ther. Mtshefte. 10. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

Pocenie się nóg leczy prof. Kaposi w Wiedniu w ten sposób, że poleca obmywać stopy rano i wieczór płynem:

127) Rp. *Naphtholi* 50·00
Glycerini 10·00
Spiritus vini 100·00

a następnie zasypywać proszkiem:

128) Rp. *Naphtholi pulverati* 2·00
Amyli puri 180·00

Można także co rano wsypywać do obuwia proszek:

129) Rp. *Talci pulverati* 40·00
Magisterii bismuthi 45·00
Kalii hypermanganici 3·00
Natrii salicylici 2·00
MDS. Zewnętrznie.

(*Deutsche med. Wochschr. 25. 1893*).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XI. posiedzenie z dnia 16. czerwca 1893.

Przewodniczący kol. S c h r a m m. — Obecnych członków 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. K i c k i przedstawia *a*) chorego, u którego z przyczyny *ectropium cicatriceum palpebrae superioris*, wykonał plastykę płatem wziętym z czoła;

b) chorego, u którego z przyczyny *trichiasis* wykonał plastykę sposobem Weatsona;

c) chorego po wykonaniu transplantacyi sposobem J a e s c h e g o - A r l t a.

3) Kol. B a r ą c z przedstawia dwóch chorych:

a) chorego, u którego z przyczyny płaskiego raka nosa wykonał przed 10 dniami typową rynoplastykę z czoła. Ubytek na czole pokrył kol. B. przez transplantacyę skóry sposobem T h i e r s c h a. Wszystkie skrawki skóry przyrosły. Kol. B. podnosi zalety metody Thierscha przy ubytkach skóry na czole, sięgających aż do *galea aponeurotica* i przeciwstawia obecny sposób operowania dawnemu, gdzie kość zawsze ulegać musiała martwinie i gdzie okres leczenia trwał miesiącami.

b) chorą, u której przed 4 laty wykonał z przyczyny sprawy gruźliczej w stawie łokciowym osteoplastyczną resekcyę tegoż stawu sposobem Pawła B r u n s a. Ruchomość stawu jest idealna i chora może spełniać wszelkie czynności tą kończyną. Kol. B. operował tym sposobem dwa razy z bardzo dobrym skutkiem w sprawach gruźliczych; w trzecim przypadku zastosował kol. B. tę metodę w *luxatio antibrachii posterior inveterata* również z bardzo dobrym skutkiem. Na tej podstawie poleca gorąco metodę B r u n s a jako najlepszą tak wobec spraw gruźliczych jak i wobec zastarzałych zwichnięć stawu łokciowego (*referat własny*).

W dyskusyi kol. W e h r nawiązując do drugiego przypadku przedstawionego sądzi, że o wyniku operacyjnym w tym przypadku nic pewnego na razie powiedzieć nie można; wyniki rynoplastyki dosyć smutno się przedstawiają w dłuższy czas po operacyi, ponieważ płaty później zawsze się ściągają, zniekształcają i częściowo zanikają.

Kol. S c h r a m m jest zdania, że w danym przypadku wynik rynoplastyki może być względnie dosyć dobry, ponieważ utrzymana była część skrzydeł nosowych i przegrody nosowej. Co do pierwszego przypadku przez kol. Barącza przedstawionego, zwraca uwagę kol. S., że sam najczęściej wykonywa resekcyę stawu łokciowego sposobem Brunsa, ponieważ tym sposobem zyskuje się najlepszy dostęp i przegląd całej powierzchni stawowej, że jednakże inne metody a w szczególności najczęściej używany sposób L a n g e n b e c k a, dają równie dobre wyniki pod względem ruchomości stawu.

4) Kol. G l u z i ń s k i przedstawia chorego, u którego wyjął znaczną ilość (kilkadziesiąt) brodawczaków z krtani.

5) Kol. P r u s przedstawia chorego, u którego po zwichnięciu kości ramieniowej wystąpiło porażenie ruchowe i czuciowe całej kończyny górnej. Do przypadku tego nawiązuje kol. P. wykład o u r a z o w e m p o r a ż e n i u s p l o t u b a r k o w e g o, dochodząc do wniosku, że przyczyną porażeń tego rodzaju bywa najczęściej naciągnięcie nerwów a nie ucisk nerwów przez wysadzoną główkę kości ramieniowej. (Rzecz będzie w całości umieszczona w *Przegl. Lek.*).

Następnie kol. P r u s przedstawia chorego, którego z powodu napadów szałowych skrępowano, wskutek czego wystąpiło porażenie ręki (*Fesselungslähmung*).

Kol. W e h r jest zdania, że nie samo naciągnięcie nerwu, lecz także, i to przeważnie, ucisk główki kości ramieniowej na nerwy wywołuje porażenie. Żeby zaś naciągnięcie nerwu miało być wyłączną przyczyną porażeń, nie wydaje mu się prawdopodobnem.

Kol. S c h r a m m, omawiając przypadek pierwszy przez kol. Prusa przedstawiony, sądzi, że w przypadku tym sposób powstania zwichnięcia i okoliczności towarzyszące przemawiają na korzyść twierdzenia kol. Prusa, że naciągnięcie nerwu było przyczyną porażenia kończyny. Możliwość powstawania porażeń wskutek naciągnięcia nerwów potwierdza przypadek z kliniki Billrotha, w którym wskutek naciągania nerwu w celach leczniczych, wystąpiło zupełne porażenie nerwu kulszowego. Przeciw twierdzeniu, jakoby ucisk główki kości ramieniowej na nerw miał być najczęstszą przyczyną porażeń, przemawiają stare zwichnięcia, w których porażeń nie ma. Nerwy zesuwają się z łatwością z główki kości tak, że nie często podlegają uciskowi.

Kol. P r u s przytacza powtórnie, że zdaniem jego najczęściej wyłącznie gwałtowne naciągnięcie nerwu a nie ucisk główki kości sprawia porażenia. Naciągnięcie gwałtowne nerwu gorzej działa, aniżeli ucisk; nadto tylko dłużej trwający ucisk nerwu wskutek ischemii, może sprowadzić zapalenie nerwu z następowem porażeniem. Sam ucisk zaś bez ischemii nerwy bardzo długo wytrzymują, zanim pobudliwość utracą.

Na tem zakończono posiedzenie.

Uwaga. W sprawozdaniu z X. posiedzenia zob. *Przegląd lek.* Nr. 38., str. 501, w. 25 z dołu, zamiast *płatami* ma być *płytami*; tamże szp. 2, w. 24 od góry zamiast *pałkowaty* ma być *gałkowaty*. Sekretarz *Dr. Bory.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5. lipca 1893 r.

Prezes: kol. Łazarski. — Obecnych członków 16.

I) Kol. Prezes odczytuje odezwę nadesłaną z komitetu gospodarczego przyszłego zjazdu lekarskiego we Lwowie; proponuje jednak nie otwierać dyskusyi nad tem pismem i nie przedsiębrać żadnych uchwał ze względu na szczupłe grono zgromadzonych kolegów a natomiast odłożyć wszystko do powakacyj.

Kol. Zarewicz uważa za najodpowiedniejsze nie otwierać dyskusyi nad sprawą już postanowioną i stanowczą, ale i nie odkładać ponownego odczytania do powakacyj, coby sprawę przewlokło, lecz natomiast przyjąć powyższą odezwę do wiadomości i zająć się jak najwcześniejszem przygotowaniem prac na zjazd przyszły.

Kol. Mars proponuje odstąpić powyższe pismo redakcyi *Przeglądu lek.*, by je ogłosiła a zarazem zachęciła kolegów do przygotowywania prac na zjazd pomieniony.

Zgromadzenie uchwaliło postąpić w duchu przemówień kolegów Marsa i Zarewicza.

II) Kol. Prezes okazuje nadesłane prace: *a*) Rocznik Tow. ginekologicznego i *b*) Atlas prac i wzorów kol. Marsa, poczem oddaje je kol. Bibliotekarzowi do przechowania.

III) Przyjęto jednogłośnie na członków czynnych Towarzystwa Drów: prof. Kostaneckiego, Leopolda Haima i Bolesława Komorowskiego.

IV) Kol. Łucki (z Oświęcima) przedstawia i demonstruje prątki influency, znalezione we krwi wziętej z chorych na po-

mienioną chorobę podczas tegorocznej epidemii panującej w Oświęcimie.

Prof. Mars zapytuje się prelegenta, czy przeprowadzał szczepienie na zwierzętach, bo kultury i szczepienie mogłyby dopiero rozstrzygnąć sprawę, o której stanowczo nic twierdzić nie można ze samego obrazu drobnowidowego.

Sekretarz *Dr. Olszewski.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Znany całemu światu prof. Virchow w Berlinie obchodził w dniu 21. b. m. 50-tą rocznicę otrzymania stopnia doktora medycyny; z tej okazyi wydała redakcya *Berliner klinische Wochenschrift* numer podwójny pod tytułem *Virchow-Nummer*, oznaczony liczbami 43 a i 43 b. Nr. 43 a zawiera po słowach wstępnych od redakcyi przedstawienie czynności, prac i zasług jubilata: na polu patologii ogólnej i anatomii patologicznej przez E. Rindfleischa, na polu anatomii, embryologii i zoologii przez W. Waldeyera, na polu urządzeń higienicznych Berlina przez P. Langerhansa, na polu antropologii, etnologii i dziejów pierwotnych przez Krausego i Bartelsa, na polu czynności w towarzystwach lekarskich przez B. Fraenkla. Sam spis prac Virchowa obejmuje więcej, niż 8 stronnic petytowego druku w formacie wielkiej 4-ki, w jakiej wychodzi *Berl. klin. Wochschr.*

Sądzimy, iż lepiej, trafniej i trwalej, niż to uczyniła *Berl. klin. Wochschr.*, nie można było uczcić niespożytych zasług Virchowa a zarazem zwracamy uwagę, iż w szeregu prac Jubilata znajdują się także i odnoszące się do kraju naszego. Wiadomo zresztą, iż prof. Virchow był w Krakowie i bardzo żywe okazywał zajęcie się jego cennemi zbiorami nauki i sztuki.

— Wspaniały legat dla akademii umiejętności francuskiej, zrobiony przez byłego jej prezydenta, d'Abadiego, legat, o którym wspomnieliśmy w poprzednim nrze *Przeglądu lekarskiego* dodając, iż łączy się on z obowiązkiem niedopuszczania wiwisekcyj w zakładach jego kosztem powstać mających, robi dosyć wrzawy w pismach lekarskich francuskich, które i słusznie dziwią się, jak może b. prezydent akademii umiejętności kłaść warunek tyczący się owego niedozwalania wiwisekcyj; zwracają jednak uwagę, iż jest to legat nie samego d'Abadiego, ale małżonków d'Abadiech a więc *cherchez la femme!*

— Skutkiem zaprowadzenia w Niemczech ustawy o wynagradzaniu przez przedsiębiorstwa przemysłowe, komunikacyjne i t. p. szkód na zdrowiu zrządzonych, powstała w kołach prawniczych i lekarskich kwestya, czy można zmusić kogoś, żeby się dał operować, w tych mianowicie przypadkach, w których mała nieraz operacya mogłaby stan zranionego znacznie poprawić, zwiększyć lub nawet przywrócić zdolność do pracy a przez to również zmniejszyć wysokość renty wypłacanej jako wynagrodzenie za szwank na zdrowiu. Prawnicy i rząd niemiecki są zdania, że nie można prawnie nikogo zmusić, żeby dał na sobie dokonać choćby najmniejszej operacyi; przedsiębiorstwa zaś interesowane twierdzą, iż przez nieuzasadniony upór lub egoizm ponoszą znaczne straty, ponieważ ludzie, którymby nieraz mała operacya pomogła bardzo znacznie w odzyskaniu w całości lub znacznej części zdolności do pracy, nie dają się operować, bo to dla nich wygodniej znosić małe kalectwo a przytem pobierać sobie dożywotnią rentę.

— Naukowa deputacya niemiecka dla spraw lekarskich wypracowała opinią w sprawie nadzoru nad zakładami dla chorób umysłowych. Rząd zamierza nie tylko zaostrzyć przepisy o przyjmowaniu do zakładów dla obłąkanych, dokładniej nadzorować te zakłady, ale zarazem i zaprowadzić komisye rewizyjne, które mają przekonywać się o stanie nietylko tych zakładów, ale i osób w nich się znajdujących. Odpowiada to projektowi prof. gryfijskiego Medema, który proponuje utworzyć urzędy opiekuńcze złożone z wyższych urzędników kościelnych, szkolnych, lekarskich, administracyjnych i sądowych, którymby należało donosić o przyjęciu każdej osoby do zakładu a prócz tego co rok składać raport o jej stanie. Te urzędy opiekuńcze mają decydować o sposobie i dalszem trwaniu pomieszczenia lub uwolnienia ze zakładów i to na żądanie stron interesowanych tudzież z urzędu.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Charków.** Profesor nadzwyczajny Dr. N. Kulczycki mianowany tamże zwyczajnym profesorem histologii i embryologii. — Profesor nadzwyczajny Dr. Openchowski mianowany profesorem zwyczajnym nadetatowym kliniki terapeutycznej szpitalnej. — Na wydział lekarski zapisało się w tym roku po raz pierwszy 158 uczniów. **Petersburg.** Profesor nadzwyczajny kliniki terapeutycznej szpitalnej Dr. F. Pasternacki mianowany profesorem zwyczajnym. — Prof. chirurgii w uniwersytecie moskiewskim, Dr. Sklifassowski mianowany dyrektorem instytutu klinicznego Wielkiej Księżny Heleny Pawłowny. — Na miejsce prof. J. Mierzejewskiego, przeszłego na emeryturę przychodzi znany newropatolog prof. Dr. Bechterew z Kazania. — Prywatny docent akademii wojenno-lekarskiej, Dr. Petrow mianowany profesorem anatomii patologicznej w instytucie klinicznym Wielkiej Księżny Heleny Pawłowny. — Dyrektorem instytutu położniczego zostającego pod protektoratem Wielkiej Księżny Katarzyny Michałowny, mianowany Dr. D. Ott, profesor instytutu klinicznego Wielkiej Księżny Heleny Pawłowny. **Kijów.** Profesor nadzwyczajny chirurgii w Kazaniu, Dr. L. Malinowski mianowany profesorem zwyczajnym kliniki chirurgicznej szpitalnej; na miejsce jego mianowany docent prywatny uniwersytetu kijowskiego, Dr. O. A. Rustycki.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Filadelfii profesor farmacyi i botaniki Maisch; w Londynie prof. Karol Clay, zasłużony na polu owaryotomii; w Neapolu słynny profesor i dyrektor szpitala Pellegrini Dr. Cezar Ollivieri; w Lowanium były profesor anatomii Dr. S. M. van Kempen; w Berlinie prof. nadzwyczajny Dr. Falk.

Sprostowanie. W artykule prof. Walentowicza: o działaniu dyagnostycznem malleiny, Nr. 42, str. 541, szp. II., w. 7 od dołu, zamiast Katning, ma byc Kałning; str. 542, szp. I., w. 23 od dołu zam. Welther ma być Walther, szp. II., w. 23 od góry zam. Gutreita ma być Guteita, w. 20 od dołu zam. 19. kwietnia ma być 9. kwietnia; str. 544, szp. I., w. 16 od dołu zam. Chenatra ma być Chenota, w. 5 od dołu zam. *Zoviatro* ma być *Zooiatro.*

Korespondencya redakcyi.

Wny Dr. **J. I. w T. w Azyi na granicy chińskiej.** Otrzymaliśmy; dziękujemy uprzejmie i umieścimy, skoro nam tylko miejsce pozwoli, gdyż w tej chwili mamy w tece redakcyjnej dużo zaległości.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 4. Listopada 1893. Nr. 44.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅓ „	„ 6 „

I. Z kliniki położniczej we Lwowie.

O cięciu cesarskiem.

Podał
prof. Dr. A. Czyżewicz.

Utworzyć sztuczną drogę dla wydobycia płodu z żywota matki tam, gdzie naturalna z powodu wadliwej budowy nie odpowiada celowi, jest zadaniem cięcia cesarskiego. Operacyą tę bardzo już dawno znano i wykonywano. Pierwotnie robiono ją tylko na zmarłych ciężarnych i rodzących, w celu szybkiego wydobycia płodu po śmierci matki i, o ile można, docucenia się go. Doświadczenie bowiem pouczyło, że życie płodu utrzymuje się jeszcze czas jakiś po śmierci matki. To właśnie jest podstawą również bardzo dawnego przepisu prawnego, który żąda do dziś dnia obowiązkowo, aby w razie nagłej śmierci kobiety brzemiennej lub rodzącej, dziecko wydobywano za pomocą cięcia cesarskiego.

Począwszy od 17. wieku[1]), wykonywano operacyę cięcia cesarskiego także na żywych kobietach a mianowicie wtedy, gdy drogi porodowe przedstawiały takie przeszkody, że o porodzie nietylko naturalnym, ale i sztucznym, mowy być nie mogło. Rzecz jasna, że wobec takich wskazań dla cięcia cesarskiego, wykonywano je rzadko i wyjątkowo, że technika operacyjna udoskonaloną być nie mogła a przebieg pooperacyjny wykazywał bardzo niekorzystne wyniki. Na zestawieniu takich przypadków opierając statystykę wykazał jeszcze w r. 1867 Mayer 54% śmiertelności, co wobec zestawienia dawniejszego, podanego przez Kaysera, który przytacza 62% śmiertelności, nie małym już było postępem. Cyfry te odnosiły się do czasów, w których po prostu zaniedbywano tę operacyę, stósowano ją tylko w przypadkach rozpaczliwych, gdzie nie było innej drogi wyjścia.

Pierwotny sposób operowania był bardzo prosty, chociaż w głównych zarysach utrzymał się do dziś dnia. Przecinano warstwowo powłoki brzuszne, wedle Mauriceau i Deleurye w kierunku linii białej, przy równoczesnem utrzymywaniu macicy rękami asystentów, ile możności w tej linii, przez co ona po przecięciu otrzewnej wstawiała się w otwór powłok brzusznych. Wypadające pętle jelit lub sieci usuwano na boki i ku górze. Ustaloną rękami macicę nacinano także, ile możności, w linii środkowej, w dnie, głęboko aż do błon płodowych. W tę ranę wprowadzano palec, po którym z pomocą noża gałkowatego rozszerzano ranę ku dołowi. Jeżeli otwór okazał się za mały do wydobycia dziecka, rozszerzano go ku górze i na bok. Przez tak powstały otwór sztuczny wprowadzał operujący rękę do jamy macicy, odklejał w razie potrzeby łożysko i błony płodowe a przebiwszy je ręką, chwytał płód za nóżki i wydobywał go na zewnątrz. Po odpępnieniu tą samą drogą popłód. Tak wypróżniona macica siłą mięśni własnych kurczyła się silnie, brzegi rany miały przylegać szczelnie do siebie i zamykać w ten sposób otwór rany a jednocześnie zatrzymywać krwawienie. Po oczyszczeniu jamy brzusznej z płynów, które tam się dostały podczas operacyi pomimo wszelkich ostrożności i po zupełnem ustaniu krwawienia, wpuszczano macicę do tejże jamy, jedynie kurczliwością swych własnych mięśni zamkniętą i szwami spajano ranę powłok brzusznych.

Ranę macicy pozostawiano więc, że się tak wyrażę, własnemu losowi, nie zaszywano jej wcale a jedynem jej zamknięciem były zwykle połogowe kurczenia się własnych jej mięśni, które i długość rany skrócić i dokładnie spojenie brzegów uskutecznić miały. Postępowanie to, dziś dla każdego z natury rzeczy i układu włókien mięsnych macicy niedozwolone, równało się wywołaniu sztucznego przedarcia macicy o brzegach równych i miało przebieg gojenia się jak najgorszy. Jedynie obawa ranienia szwami otrzewnej, tej bło-

[1]) Pierwszy pewny przypadek cięcia cesarskiego wykonał Trautmann w Wittenberdze w r. 1610, przy przepuklinie macicy ciężarnej.

ny, którą aż do czasów antyseptyki uznawano za nietykalną, oraz brak wiary w możność pozostawienia materyału do szycia w jamie otrzewnej, niemniej nieznajomość przyrządzania jego aseptycznie, wytłómaczyć mogą, dlaczego tak późno i tak nieśmiało zabrano się do prób zespojenia rany macicy szwami, co przecież tak było naturalnem i jasnem. Pozostawienie rany macicy prawie otwartej uważano za mniej niebezpieczne, niż ranienie otrzewnej dalsze i pozostawienie w niej materyału do szycia użytego, wskutek czego albo krwotok wewnętrzny albo wylewanie się odchodów połogowych do jamy otrzewnej, były przyczyną śmiertelnego przebiegu pooperacyjnego u operowanych.

Przesadnej obawie przed zespojeniem rany macicy szwami hołdowali zarówno położnicy francuscy jak i niemieccy. Przestrzegali przed takiem postępowaniem Rousset, Gardien, C. W. Stein, Joerg, Levret a nawet Osiander, Ritgen i Pagenstecher pomimo, iż sami przyznają, że doświadczenie nakazywało im zaszywać ranę macicy, przecież tego nie czynili. Nareszcie odważono się, co prawda, początkowo bardzo ostrożnie i z ograniczeniem ilości szwów *ad minimum*, przecież je założyć. Pierwsze próby wykonali Wiefl i Buren z użyciem jednego lub dwóch szwów. Wprowadzenie drutu srebrnego do szycia już nieco dokładniejszego przez Franka, E. Polina (1852 r.), Warren - Brickla (1867 r.), prawie jednocześnie z Baker - Brownsem i Simonem Thomasem (1869 r.) wykazały praktyczność tego postępowania i ustaliły przekonanie, iż nie należy pozostawiać otwartej rany macicy. Jak zwykle, i tu nie mało przyczynił się przypadek Spencer Wellsa z roku 1865 do ośmielenia zaszywania macicy. Tenże wskutek mylnego rozpoznania punktował macicę w 5. miesiącu ciężarną, oznaczoną jako zwyrodniały jajnik. Przekonawszy się o błędzie, otworzył i wypróżnił macicę i całą ranę zaszył szwem biegnącym, używając do szycia jedwabiu, którego dolny koniec wyjął przez pochwę. Pomyślny przebieg tego przypadku ośmielił drugich i obecnie nikt zaszycia rany macicy nie uważa za niebezpieczne. Właściwie na tem polega główna różnica postępowania dawnego od dzisiejszego, które naturalnie co do techniki szycia udoskonalone, coraz to pomyślniejsze wydaje wyniki. Dlatego też obecnie nie ogranicza się już wskazań do cięcia cesarskiego do bezwzględnej niemożności wydobycia dziecka drogą naturalną, ale coraz to liczniej występują zwolennicy tej operacyi i wtedy, kiedy dziecko, wprawdzie nieżywe, wydobyć można drogami naturalnemi i właściwie jedynie dla ratowania życia dziecka, występuje potrzeba cięcia cesarskiego. Nie ulega dalej żadnej wątpliwości, że postępowanie przeciwgnilne i bezgnilne przy operacyi nie mało przyczyniły się do pomyślnego jej wyniku i częstszego jej zastósowania.

Jak tylko przekonano się o wartości spojenia rany macicy szwami, to z natury rzeczy szew ten, tak pod względem materyału do szycia używanego, jak i pod względem dokładności zamknięcia rany starano się udoskonalić. Obecnie nie chodziło już o zeszycie tylko macicy, aby powstrzymać, odpływ czyto krwi, czyteż odchodów połogowych do jamy otrzewnowej, ale chodziło o zamknięcie samej tej jamy otrzewnowej i to ponad zaszytą już raną macicy i wzbronienie płynom szkodliwym tym sposobem jeszcze dokładniej wstępu do tej jamy. Zasługa sformułowania tego zamknięcia należy się w położnictwie Kehrerowi i Sängerowi, którzy jednocześnie (1882) ogłosili sposoby wzmocnienia zamknięcia rany macicy już zeszytej za pomocą osobnego zeszycia blaszek otrzewnej ponad raną macicy. Kehrer opisuje dwa przypadki cięcia cesarskiego, z tych jeden z przebiegiem dla matki i dziecka pomyślnym, w których ranę macicy, zespojoną już poprzednio szwami, z ujęciem w szew błony doczesnej, pokrył osobną blaszką sfałdowanej a poprzednio odpreparowanej błony brzusznej, osobnymi szwami złączonej. Dla ułatwienia sobie odłączenia blaszek otrzewnej, przecinał macicę nie na podłuż, tylko poprzecznie od jednego do drugiego więzadła okrągłego. Sänger swoje rozumowanie teoretyczne zastósował w przypadku operowanym przez Leopolda, w którym ranę macicy zaszytą pokryto otrzewną, przez wycięcie klina z miąższu macicy uwolnioną. Jednocześnie kładzie Sänger nacisk na to, aby błony doczesnej nie obejmować szwem, który spaja macicę, a to z obawy, że nitki leżące w jamie macicy, mogą wsysać jej treść i swoją tkaniną doprowadzić do jamy otrzewnowej. Sänger i później pracował dalej nad sprawą udoskonalenia techniki operacyjnej, zebrał mozolnie i skrzętnie całą niemal statystykę cięcia cesarskiego, zestawił wskazania do tej operacyi i dotąd broni jej wartości oraz wyższości metody dawnej, tak zwanej klasycznej, wobec innych metod operowania. Słusznie więc dziś używana metoda klasyczna cięcia cesarskiego złączona jest z jego nazwiskiem.

Jakkolwiek sposób pokrywania zeszytej rany macicy, osobnym faldem otrzewnej, osobnym szwem zespojonej, znalazł prawie ogólne przyjęcie, to przecież obecnie nie używa się ani szwu podanego przez Kehrera, ani też sposobu Sängera. Po wypróżnieniu macicy za pomocą cięcia cesarskiego pokrywająca ją otrzewna, da się bez trudności ująć w fałdy i przy małem, zresztą nieszkodliwem, napięciu połączyć w taki sposób, iż zupełnie pokrywa ranę macicy. Odpada więc potrzeba odłączenia tej błony od miąższu macicy lub wycinania klina z tegoż miąższu. Jest to zwykły szew, podany przez Lamberta i ten całkiem wystarczy. Z tej też przyczyny nie wydaje mi się praktycznem cięcie macicy w kierunku poprzecznym, przy którym, co prawda, otrzewna jest wiotsza, mniej napięta i łatwiej zfałdować się daje i przenoszę zawsze cięcie podłużne, którego użyłem w obu swoich przypadkach metodą Sängera operowanych. Szyjąc od dna ku szyi macicy, nie widziałem trudności w potrzebnem sfałdowaniu otrzewnej, chociaż w przypadku moim pierwszym miąższ macicy tak był kruchy, że szwy powierzchowne, w celu jego spojenia założone, w dwóch miejscach go przerwały i odjąć je a nowe założyć musiałem. Pomimoto zespojenie otrzewnej (*sero-seroese Naht*) bez trudności się udało, bez jej odpreparowania i bez wycinania klina z miąższu. Bądź co bądź podobna procedura musi przedłużać czas operacyi i dlatego nie jest wskazana. To będzie także powodem, dla czego nie wszyscy operatorowie upierają się przy konieczności tego szwu wogóle i dlaczego Fritsch, Fraenkel, Staude szwu tego nie uważali za konieczny i w swoich przypadkach wcale go nie używali. Również nie jest ogólną obawa przed ujęciem błony doczesnej w szew łączący miąższ macicy. Bez wątpienia jest ona teoretycznie usprawiedliwiona, ale ujął błonę doczesną w szew Fritsch, jak A. Burkhardt i Fraenkel, bez szkody dla przebiegu gojenia się rany. Przyznać atoli muszę, że nie widzę żadne go celu, dla któregoby tę błonę miało się w szew wciągać.

Wracając do historyi cięcia cesarskiego, przytoczyć należy, że, o ile w powyżej wskazany sposób zrobiona zmiana

metody operowania przyczyniła się do pomyślnych rezultatów, o ile tę metodę uproszczono z utrzymaniem myśli pierwotnej, o ile dalej materyał do szycia używany ogranicza się dziś przeważnie do jedwabiu steryiizowanego i katgutu, o ile nareszcie antyseptyka i aseptyka, bo i tę pierwszą zarzucają dziś ogólnie, przyczyniły się do szybkiego przebiegu gojenia się rany, o tyle z dniem każdym mnożą się przypadki pomyślnych cięć cesarskich, o tyle operacya ta coraz to więcej wchodzi w życie.

Nie tylko atoli w Niemczech zwrócono uwagę na operacyę cięcia cesarskiego w celu wyrobienia mu należnego miejsca w dziale operacyj położniczych; ale i inni pracowali w tym względnie, choć nieco na odmiennej drodze. Pomijając już zasługi Rousseta, który opisał 15 przypadków mniemanego cięcia cesarskiego i zwrócił pierwszy uwagę na zaniedbanie tej operacyi, dalej Levreta, który tak samo jak Stein właściwie byt jej ustalił, przytoczyć należy, że już w roku 1876 a więc o 6 lat pierwej, niż Kehrer i Sänger, podał Porro z Medyolanu nową metodę cięcia cesarskiego, przy której macicę po jej wypróżnieniu w sposób zwykły, powyżej części pochwowej, podwięzywano i odcinano. Myśl więc była ta sama, t. j. wynaleźć metodę, któraby lepiej odpowiadała warunkom łatwiejszego wyleczenia matki z ratowaniem naturalnie dziecka. Ten sposób operowania znalazł wielu naśladowców. Przebieg opisanych operacyj okazał się bezwarunkowo pomyślniejszym od metody najdawniejszej i zachęcał do naśladowania. Porro więc był tym, który podając nowy sposób operowania przyczynił się niemało do wykazania, że cięcia cesarskiego niesłusznie zaniedbano, że wielka jego śmiertelność, nie była wynikiem źle obmyślanej zasady operowania, ale raczej nieodpowiedniej techniki. Dopiero gdy ogłoszono poważną liczbę szczęśliwych przypadków, metodą Porry operowanych, gdy zatem Porro dowiódł wartości swej metody, wystąpił Sänger w obronie dawnej, przez siebie zmodyfikowanej i wystąpił, przyznać trzeba, wcale skutecznie. Jeśli więc Sängerowi należy się zasługa uratowania klasycznej metody operacyi cięcia cesarskiego, to bardzo znaczna część zasługi uratowania tej operacyi od zaniedbania jej wogóle, należy się Porrze.

Wykonanie operacyi metodą Porry jest nader proste. Po należytem oczyszczeniu powłok brzusznych, jelit i pęcherza moczowego, cięcie podłużne wzdłuż linii białej, wytłoczenie macicy przed powłoki brzuszne, otwarcie jej zapomocą cięcia i wydobycie płodu oraz popłodu. Dotąd jak przy innych metodach. Zamiast atoli szycia rany macicy zakłada Porro opaskę elastyczną a raczej założoną już pierwej przyciąga należycie w wysokości ujścia wewnętrznego macicy, podwięzuje tętnice więzadeł szerokich i macicę, wraz z jajnikami i trąbkami, odcina powyżej podwiązki cięciem poprzecznem w całości. Za pomocą mocnych igieł ustala się wyciągniętą przed powłoki brzuszne, pozostałą z macicy szypułkę, ujętą podwiązką elastyczną i obszywa około niej przeciętą otrzewnę, dla zamknięcia jej jamy. Szypułkę wszywa się następnie w ranę powłok brzusznych, igły w niej tkwiące ustalają ją i pozostawia się ją do opatrunku poza otrzewnowego, rozumie się zabezpieczywszy się poprzednio od krwawienia z niej.

Metoda ta znalazła bardzo szybko rozpowszechnienie i do dziś dnia wszędzie jej używają. Nawet obecnie używają jej niektórzy operatorowie, jak P. Müller, Lawson-Tait i inni wyłącznie. Truzzi, Beaucamp z zatopieniem szypułki prawie wyłącznie. Lawson-Tait nazwał ją amputacyą macicy ciężarnej; jako modyfikacyę, robi cięcie macicy w jamie brzusznej, nie wytaczając jej na zewnątrz a po jej odcięciu ranę szypułki pomazywał półtorachlorkiem żelaza; należy on też do bezwarunkowych tej metody zwolenników, wróży jej 95% pomyślnego przebiegu, czego nawet Harris, również jej zwolennik, który zestawił 250 przypadków operowanych, wykazać nie mógł, chociaż i ten przepowiada tej metodzie 80 do 85% wyzdrowienia.

Naturalnem następstwem rozpowszechnienia się metody Porry były poprawki w technice operacyjnej. I tak przeciw opatrywaniu szypułki poza-otrzewnowemu wystąpił Frank z doświadczeniami na zwierzętach a opisał i wykonał ten sposób na ludziach Beaucamp. Metoda ta, równie jak i sposób zatapiania szypułki przez Schroedera podany, polegają na tem, że rana macicy ukośnie ciętej, pokrywa się z pomocą szwów otrzewną, końce nitek tych szwów zatapia się do szyi macicy i wyciąga przez pochwę. Pociąganiem tych nitek od pochwy wynicuje się pozostałą część macicy do pochwy a nawet przed części rodne zewnętrzne i tak wynicowaną zaszywa szwami przez miąższ przeprowadzonemi od jamy brzucha lub ściąga mocno (*Umschnürung*) przed szparą łonową. Tu należy także zatapianie szypułk odciętej macicy, poza jamę otrzewnową podane przez Chrobaka. Ten ostatni sposób, wykonany już dawniej we Włoszech przez Bassiniego, polega na tem, że przed założeniem elastycznej podwiązki na dolny odcinek macicy, po wytoczeniu jej z jamy brzusznej, odpreparuje się dwa płaty otrzewnej w okolicy szyi macicy i dopiero na miejsce obnażone z otrzewnej zakłada się podwiązkę. Po odcięciu macicy tamuje się z pomocą podwiązania, obszycia i przypieczenia najdokładniej krwawienie z pozostałej szypułki, następnie zdejmuje się elastyczną podwiązkę, zakłada pręcik jodoformowy do szyi macicy, sięgający aż do pochwy a po dokładnem przekonaniu się, że rana szypułki zupełnie nie krwawi, uwalnia się ją a ponad nią zaszywa jedwabiem oba poprzednio odłączone płaty otrzewnej. W ten sposób ponad szypułką w jamę miednicy opadłą, zamyka się w całości jamę otrzewnej a szyja macicy stanowi dren naturalny do odpływu wydzielin gojącej się szypułki przez pochwę maciczną. (C. d. n.)

II. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

I.

Zarys historyczny rozwoju pojęć o przekazywaniu dziedzicznem kiły w XVI., XVII., XVIII. i XIX. stuleciach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42).

Wszystkie tylko co przytoczone poglądy i zapatrywania się wybitnych syfilografów XVIII. stulecia na sprawę odziedziczania kiły i na sposoby, za pomocą których przechodzi choroba na potomstwo, widocznie nie opierały się na ścisłych i dokładnych spostrzeżeniach, lecz przeważnie wysnuły się z teoretycznych przypuszczeń i powziętych z góry zapatrywań się wymienionych wyżej autorów w sprawie przekazywania dziedzicznego kiły; brak w ich dziełach faktycznych danych i opisów poszczególnych spostrzeżeń tu należących zmusza nas do takiego ocenienia teoryj, wypowiedzianych

przez Astruca, Sancheza, van Swietena i innych, jakkolwiek trudno nawet dziś zaprzeczyć słuszności niektórym poglądom wypowiedzianym n. p. przez Fabra, Rosensteina i Levreta.

Bądźcobądź należy zgodzić się na to, iż w końcu XVIII wieku pojęcia o kile dziedzicznej nie opierały się jeszcze na naukowych i ścisłych podstawach, co też stało się przyczyną, iż nowa, przez Huntera[1]) wypowiedziana teorya, głosząca o niezaraźliwości ogólnych objawów kiłowych, omal że nie zachwiała całym budynkiem, na który złożyły się były pojęcia ówczesne o kile dziedzicznej; istotnie też, jeśli zgodnie z Hunterem uznawać zaraźliwość li tylko pierwotnych objawów kiły, wypadałoby wtedy zaprzeczać temu, żeby kiła mogła przechodzić na potomstwo z rodziców, znajdujących się w okresie ogólnych objawów choroby. Hunter swą teoryę niezaraźliwości tworów kiłowych opierał na wynikach szczepień krwi, śliny, potu, moczu, mleka i nasienia osób kiłowych, dokonanych przez siebie z ujemnym skutkiem na zdrowych osobach; dowodził on następnie, iż kiła nie może przechodzić na dzieci za pośrednictwem nasienia lub płynów płodowych. Wymieniony autor jednak omawia się, przypuszczając możliwość przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu, ale tylko wtedy, jeśli matka ma pierwotne objawy choroby; co się zaś tyczy odziedziczania kiły od ojca, tego Hunter nie uznaje.

Jakkolwiek zapatrywania się i dowodzenia Huntera co do sprawy przekazywania dziedzicznego kiły nie odznaczały się bynajmniej ścisłością naukową, były nawet dość mgliste i niekiedy nawet sprzeczne, nie przeszkodziło to innym spółczesnym syfilografom szerzyć dalej przytoczonych teoryj Huntera o niezaraźliwości kiły i nieprzekazywaniu choroby potomstwu od rodziców zakażonych poprzednio kiłą. Wobec tego teorye Huntera zdołały górować w nauce nietylko w końcu ubiegłego stulecia, lecz — jak to wnet zobaczymy — utrzymały się nawet w początku naszego wieku; niemałą też podporę zjednały były sobie poglądy Huntera w gronie wyznawców t. zw. szkoły fizyologicznej, która opanowała we Francyi sfery lekarskie w pierwszych dziesięciu latach XIX. wieku.

Z pomiędzy syfilografów, którzy występowali w obronie sceptycznych poglądów Huntera przeciwko Swediaurowi i innym przeciwnikom teoryi niezaraźliwość kiły, wyróżnić wypada głośnego pisarza Girtannera[2]), który najgorliwiej popierał teorye Huntera, starając się je udowodnić i oblec w osłonę naukową; w tym celu przytaczał przeważnie teoretyczne argumenta, tak np. nie zaprzeczając wcale temu, że ciąża dotkniętej kiłą matki kończy się często poronieniem lub porodem nieżywego płodu, starał się wytłómaczyć tę okoliczność osłabieniem ustroju matki wskutek przebycia kiły i wypływającem ztąd wadliwem odżywianiem płodu, który karmił się zepsutą i schorzałą limfą; utrzymywał następnie, iż dzieci spłodzone z rodziców kiłowych, są wolne od tej choroby, rozmaite zaś objawy chorobowe, napotykane u potomstwa rodziców kiłowych, powstają li tylko wskutek niestósownego odżywiania; twierdził dalej, iż nigdy nie dostrzegał wyraźnych oznak kiły u dzieci, zrodzonych przez matki kiłą nawiedzone; nie uznając więc przekazywania dziedzicznego kiły od matki powołuje się też na doświadczenia Huntera, świadczące o niezaraźliwości wydzielin osoby dotkniętej kiłą; doświadczenia te, zdaniem Girtannnera stanowczo też dowodzą niemożliwości przekazywania kiły przez ojca potomstwu za pośrednictwem zakażonego nasienia.

[1]) J. Hunter. A treatise of the venereal disease. London. 1786; Traité de la syphilis, trad. par Richelet. Paris. 1852. str. 562—564.

[2]) Girtanner. Abhandlung über die venerische Krankheit. Göttingen. 1788. I. str. 430—433.

Zdaniom powyższym Girtannera przyklaskiwali też i inni, pomniejsi spółcześni autorowie, że wspomnimy tu Branzlowa[1]) utrzymującego, jakoby objawy rzekomo kiłowe napotykane u dzieci z rodziców kiłowych, były objawami rtęcicy w następstwie poprzedniego leczenia rtęcią choroby matki.

Z innej znów strony nie brakło także poparcia przeciwnikom nauki Huntera i Girtannera, albowiem w obronie przekazywania dziedzicznego kiły wystąpił wkrótce głośny syfilograf Swediaur[2]); twierdził on stanowczo, iż ojciec dotknięty kiłą płodzi dzieci też kiłowe. Inni zaś (Thiery[3]), Plenck[4]), Detarding[5]) i Lohmeier[6]) dowodzili w ogólności istnienia u dzieci kiły, od rodziców odziedziczonej.

Najliczniejszych jednak i najniebezpieczniejszych przeciwników napotkał pogląd Huntera w ówczesnej Francyi, gdzie od r. 1780 w nowootworzonym szpitalu Vangirard, założonym dla dotkniętych kiłą matek i dzieci, miano sposobność naocznie, prawie codziennie, przekonywać się o istnieniu kiły odziedziczonej od rodziców; najwięcej odnośnych spostrzeżeń, zadających ostatni cios teoryom Huntera i Girtannera, zebrali i ogłosili: Faguer[7]), Doublet[8]), Mahon[9]), Leblond[10]), Pelletier[11]) i Bertin[12]). Praca ostatniego stanowi niejako epokę w piśmiennictwie kiły dziedzicznej; z pomiędzy innych jest najwięcej przekonywającą, opiera się w niej bowiem Bertin na bardzo wielu, przeszło 900 przypadkach dziecinnej kiły wrodzonej, spostrzeganej w ciągu 9-letniej praktyki szpitalnej. Przytoczone przez niego przypadki dowodzą aż nadto możliwości przekazywania kiły potomstwu i istnienia kiły dziedzicznej, wrodzonej u dzieci. Oprócz wymienionych wyżej autorów, szczegółowo rozpatrujących sprawę przekazywania dziedzicznego kiły, należy tu jeszcze wymienić cały szereg

[1]) Branzlow. Over de Herzenen en zenuwen, etc. Amsterdam 1788. str. 51.

[2]) Practical observations on the more obstinate and inveterate venereal complaints. London. 1784. Von der Lussteuche übers. von Kleffel. Berlin 1803. II. str. 49.

[3]) Medicinische Beobachtungen an verschiedenen Orten Spaniens gesammelt. Hildburghausen. 1794.

[4]) J. J. Plenckii. Doctrina de cognoscendis et curandis morbis infantum. Viennae et Tergesti. 1807. sto. 110—112.

[5]) G. W. Detharding. Dissertatio de syphilide neonatorum. Rostockii. 1819.

[6]) Rust's Magazin. 1823. XV. str. 149.

[7]) Thêse de Paris 1783.

[8]) Journal de médecine, chirurgie etc. 1785. Janvier str. 445, 469.

[9]) P. A. O. Mahon. Recherches importantes sur l'existence, la nature et la communication des maladies syphilitiques dans les femmes enceintes, dans les enfants nouveau-nés et dans les nourrices. Paris. 1804.

[10]) R. F. Leblond. Sur les maladies syphilitiques des nouveau-nés. Thêse Paris. 1803.

[11]) J. M. Pelletier. Sur les maladies syphilitiqnes des nouveau-nés. Thêse. Paris. 1804.

[12]) M. Bertin. Traité de la maladie vénérienne chez les enfants nouveau-nés, les femmes enceintes et les nourrices. Paris. 1810.

innych syfilidologów, którzy dołożyli też niejedną cegiełkę do budynku nauki o kile dziedzicznej:

Lagneau[1]) rozpatruje na kilku stronicach swego podręcznika rzecz o kile dziedzicznej i zaznacza, iż u matek dotkniętych kiłą, po zapłodnieniu często następują poronienia; dodaje następnie, że leczenie swoiste może w takich przypadkach zapobiedz poronieniu.

Droste[2]) bardzo szczegółowo rozpisuje się o warunkach przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu i o przebiegu choroby u dzieci. Zwraca uwagę na częste poronienia lub przedwczesne porody nieżywego płodu, dotkniętego kiłą, jako na następstwa świeżego zakażenia matki chorobą wymienioną; zaznacza następnie, iż dzieci matek kiłą dotkniętych, chociażby w zwykłym terminie zrodzone, często wykazują rozmaite oznaki i objawy kiłowe i nie długo żyją; jeśli zaś nie tylko matka, lecz i ojciec obok tego cierpi na kiłę, wtedy ciąża prawie zawsze przerywa się poronieniem; im dawniejszej daty choroba rodziców, tem słabiej wyraża się kiła u potomstwa; jeśli rodzice dawno przebywali kiłę, wtedy dzieci rodzą się często zdrowemi i dopiero po upływie dłuższego przeciągu czasu występują u nich objawy łagodnej kiły, niekiedy nawet takie dzieci są zupełnie wolne od choroby. Malvani[3]), Rodriguez[4]), Polli[5]), Tassani[6]) i Chesebrouch[7]) dowodzą w ogólności istnienia kiły wrodzonej.

Zdawałoby się więc sądząc z powyższego, iż trudnem byłoby zadaniem zaprzeczać dalej istnienia kiły dziedzicznej wobec tylu głosów i przekonywających faktów, świadczących stanowczo i naocznie o możliwości przekazywania dziedzicznego kiły. Jednak stronnictwo przeciwnego obozu nie przestawało dalej bronić poglądów Huntera i Girtannera; teorye te, jakkolwiek obalone już niejednokrotnie, szerzyły się pomimo to w społeczeństwie lekarskiem, pociągając za sobą szerszą publiczność i zdobywając zawsze wielu zwolenników, między którymi nierzadko też można było napotykać wybitniejszych uczonych i sławnych praktyków ówczesnych, że wymienimy tu: Richtera[8]), Henkego[9]), van-Liera[10]), Wendta[11]), Jörga[12]); z młodszych poglądy Huntera podzielali: Steinbach[13]), Riess[14]), Rhode[15]) i Freygang[16]). (C. d. n.)

[1]) Lagneau. Traité pratique des maladies syphilitiques. VI-me édition. Paris 1828. str. 262—264.
[2]) Behrends Syphilidologie. 1839. I. str. 614.
[3]) Gazette médicale de Paris. 1837. 5. str. 67—69.
[4]) La Clinique de Montpellier. 1847. 2.
[5]) Annali univ. di med. 1847. CXXIII, str. 5—43, 241—270.
[6]) Gazetta medica Lombarda. 1848. 16.
[7]) New-York Journal of medicine. 1848. Septemb.
[8]) Richter. Die specielle Therapie. Berlin. 1817. V. str. 250, 549.
[9]) Henke. Handbuch zur Erkenntniss und Heilung der Kinderkrankheiten. Frankf. a. M. 1818. I. str. 257—263.
[10]) Ιννοκρατης. 1820. V.
[11]) Wendt. Die Kinderkrankheiten systematisch dargestelt. Berlin und Leipzig. 1822. str. 172.
[12]) Jörg. Handbuch der Kinderkrankheiten. Leipzig 1826. str. 281—303, 315—316.
[13]) Steinbach. Dissert. quae parentum sit vis in prolis procreationem et quomodo ea mutetur in vero syphilide laborante. Lipsiae. 1823.
[14]) Riess. De syphilide neonatorum. Berolini. 1824.
[15]) Rhode. De syphilide neonatorum. Dorpati 1825.
[16]) Freygang. Dissert. de syphilidis in gravidis et pauperis ratione questio pathologica. Lipsiae. 1825.

III. Kilka uwag w sprawie przypadku morderstwa opisanego[1]) przez Dra Jendla.

Skreślił
Dr. Leon Wachholz,
asystent zakładu medycyny sądowej w Uniw. Jag.

Przypadek morderstwa opisany przez Dra Jendla wybija się ponad poziom zwykłych przypadków sądowo-lekarskich. To też sądzę, iż nie będzie od rzeczy poświęcić mu kilka słów w celu wyjaśnienia.

W przypadku tym należy przede wszystkiem rozstrzygnąć, w jakim stanie znajdywał się obwiniony. Nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że znajdywał się w stanie nieprawidłowym, w stanie zboczenia psychicznego. Nastręczać się może pytanie, jakiego rodzaju było to zboczenie psychiczne, do której ze znanych form da się ono odnieść i wreszcie, czy milczenie obwinionego w czasie śledztwa na pytania, tyczące się okoliczności towarzyszących spełnieniu tak ciężkiej zbrodni, należy uważać za rozmyślne, czy też za wywołane luką pamięci a więc amnezyą tyczącą się samego faktu. Zastanówmy się kolejno nad każdem z tych pytań z osobna.

Co do pierwszego, jaki stan psychicznego zboczenia mamy przed sobą w danym przypadku, to musimy twierdzić na zasadzie opisu Dra Jendla, że stan ten był chwilowym, przejściowym; wszakżeż bowiem przedstawiał się obwiniony tak następnego dnia po spełnieniu zbrodni, jak i w czasie śledztwa i badania stanu umysłowego, zupełnie i fizycznie i umysłowo zdrowym. Ten stan trwał u obwinionego krótko, bo zaledwie od chwili przebudzenia się w miejscu popełnienia zbrodni aż do powrotu jego do własnego domu.

Wedle podania przebudził obwinionego łoskot, jaki w cichej chacie nagle dał się słyszeć wśród ciemności nocy. Co się z obwinionym potem działo, nie wiemy; córka jego wszakże podaje, że gdy w nocy przybył bez czapki do własnej zagrody, z daleka już domagał się jadła, dodając, że zmęczył się bardzo, zabijając djabła; potem jednak a zwłaszcza następnego dnia nie opowiada nic o zajściu, szuka czapki a nie znalazłszy jej w domu, udaje się do zagrody W. a więc na miejsce popełnienia zbrodni. Tutaj nie odpowiada na czynione sobie zarzuty i wychodzi z spokojnem sumieniem. Zboczenia psychiczne u obwinionego cechują złudzenia zmysłowe (iluzye), zwidywania (halucynacye) i podniecenie.

Zastanawiając się nad powyższym stanem celem odniesienia go do jednej ze znanych form przemijającego obłędu, musimy przejść po kolei zboczenia umysłowe pod wpływem gorączki, zatruć pewnemi przetworami, sennowłóctwo (*somnambulismus*), szaleństwo ostre przemijające (*mania acutissima transitoria*), obłęd padaczkowy przemijający z halucynacyami (*grand mal* Falreta) i obłęd opilczy ze złudzeniami zmysłowemi (*sensuum fallacia ebriosa*).

Obwiniony nie gorączkował w czasie popełnienia zbrodni, nie podlegał działaniu przetworów trujących, jak makowca, konopi indyjskich, kokainy, atropiny, chloroformu i t. p. a zatem przemijające zboczenia psychiczne wywołane przetworami powyżej wymienionemi, można wykluczyć w danym przypadku.

[1]) w nrze 41. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.

Sennowłóctwo cechuje się zupełną utratą samowiedzy. Wrażenia odbierane za pośrednictwem zmysłów nie dochodzą do świadomości somnambulika, zatem one nie wytwarzają świadomych wyobrażeń (spostrzeżeń). Stan ten, o ile zbliża się do zwyczajnego snu, o tyle znów różni się od niego tem, że pobudliwość sfery psychomotorycznej utrzymuje się w nim całkowicie. Wyobrażenia powstające pod wpływem wewnętrznych pobudek stanowią często dalszy ciąg tych wyobrażeń, które w umyśle somnambulika zrodził sen, lub też powstają u niego wyobrażenia pod wpływem wrażeń, które zmienione doszły do świadomości jego z zewnętrznego świata. Czasem wyobrażenia te powstają tak wskutek zewnętrznych jak i wewnętrznych pobudek. Jeźli zatem człowiek popadający w sennowłóctwo, bezpośrednio przed tem roi sobie we śnie wyobrażenia treści przykrej, prześladowczej, może z chwilą obudzenia się i popadnięcia w somnambulizm popełnić czyn zbrodniczy na otoczeniu, uważając je w myśl dalszego ciągu sennych swych wyobrażeń za przedmioty lub osoby prześladujące go.

Opierając się na powyżej podanych cechach sennowłóctwa, możnaby stan, w jakim się obwiniony znajdował w krytycznej chwili, porównać ze sennowłóctwem. Mimo to jednak nie wydaje się prawdopodobnem, aby stan obwinionego w chwili popełnienia zbrodni był somnabulicznym a to z następujących przyczyn:

Sennowłóctwu podlegają najczęściej osoby młode, młodsze niż obwiniony; powtóre nie wspomniał żaden ze świadków, aby obwiniony popadł był już kiedykolwiek poprzednio w podobny stan, wobec czego zbyt naciągniętem zdawałoby się, jak to słusznie twierdzi Maudsley (*Die Zurechnungsfähigkeit der Geisteskranken*), przypuścić powstanie tego stanu po raz pierwszy owej krytycznej nocy; wreszcie nie wykazało ani badanie lekarskie, ani wywiady, aby obwiniony był neuropatycznie lub psychopatycznie obciążony a przecież u tych ludzi pojawia się zwykle somnambulizm. Nakoniec najważniejszą okolicznością, która nie skłania do rozpoznania u obwinionego sennowłóctwa, jest wykazanie, iż obżałowany nadużywał od dawna napojów wyskokowych a przed spełnieniem zbrodni wziął udział w sutej, alkoholowej libacyi.

Szaleństwo ostre przemijające stanowi psychozę występującą nagle u człowieka poprzednio zdrowego, która po kilkogodzinnem trwaniu przemija bez śladu. Chory dręczony iluzyami i halucynacyami jest nadzwyczaj niespokojny, rzuca się, krzyczy, popełnia czyny, którychby za zdrowia nie popełnił. Całość objawów, zdaje się, że polega na nagłem a mocnem zadrażnieniu mózgu, wskutek przekrwienia czynnego. Okres właściwego szaleństwa poprzedzają objawy zwiastunowe, jak ból głowy, zawroty i t. d. Z chwilą ustąpienia choroby po kilku godzinach, czuje chory wielkie znużenie, bóle i zawroty głowy, wreszcie i co najważniejsza, odzyskuje przytomność, przyczem okazuje całkowite zapomnienie wydarzeń podczas choroby. Przyczyną tej formy chorobowej bywają wszystkie okoliczności, sprowadzające czynne przekrwienie mózgu, jak n. p. wybryki w używaniu napojów wyskokowych, gwałtowne wzruszenia, jak gniew, gorąca i duszna atmosfera.

Pomimo pewnego podobieństwa między powyższą chorobą a stanem, w jaki popadł obwiniony, nie można stanu jego odnieść do powyższej formy. O ile bowiem poucza w tym względzie doświadczenie (*Krafft-Ebing. Lehrbuch d. Psych.*), występuje prawdziwe szaleństwo przemijające u osób czuwających a nie we śnie pogrążonych; wreszcie nie podał obwiniony żadnych objawów zwiastunowych, jakieby chorobę musiały poprzedzić i nie okazywał podniecenia tej formie właściwego, o ile można o stanie jego sądzić ze zeznań córki.

Obłęd padaczkowy, nazwany przez Falreta *grand mal*, cechuje się utratą samowiedzy częściową lub zupełną, zwidywaniami i urojeniami treści przerażającej, często chwilowem osłupieniem (*stupor*). Chory zupełnie zamroczony staje się nadzwyczaj niebezpiecznym dla otoczenia, gdyż ścigany przez prześladujące go postacie, stworzone zwidywaniami i urojeniami, rzuca się na najbliższe otoczenie, morduje, pastwi się nad niem, poczem uspokaja się, halucynacye ustają i chory popada w osłupienie, lub jest jeszcze przez pewien czas zamroczony, poczem wraca do zupełnej przytomności i nie pamięta zupełnie lub częściowo zdarzeń i czynów swych, popełnionych podczas napadu.

U obwinionego nie mamy najmniejszej podstawy do przypuszczenia obłędu padaczkowego; nie podają bowiem ani świadkowie ani sam obwiniony, aby cierpiał na wielką chorobę a trudno znów przypuścić, że stan jego w krytycznej chwili był pierwszym napadem choroby, aż do tej chwili utajonej.

Pozostałoby nam więc wytłómaczyć stan obwinionego jedynie ostrym, przemijającym obłędem opilczym (*sensuum fallacia ebriosa*). Prawie wszyscy opilcy mają skłonność do złudzeń zmysłowych. W rzadkich przypadkach może na tle żywiej występujących złudzeń przyjść do obłędu (*delirium*) przemijającego, trwającego zazwyczaj kilka godzin. Przyczyną zasadniczą tej formy jest przewlekłe zatrucie alkoholem, powodem przygodnym, wywołującym napad, jednorazowe nadużycie alkoholu i wpływy termiczne. Objawami tego obłędu są iluzye i halucynacye wzroku i słuchu, treści strasznej, szum i stuk w uszach; przytomność i świadomość są zamroczone tak, iż człowiek obłędem tym dotknięty może zachować częściową pamięć zdarzeń i czynów swoich w okresie obłędu, jednak jest przekonanym, że to, co widział i słyszał, było rzeczywistością a nie ułudą. Pod wpływem owych strasznych iluzyj i halucynacyj może człowiek taki popełnić czyny gwałtowne a karygodne.

Nader ilustrującym w tym względzie jest przypadek opisany przez Krafft-Ebinga. Nałogowy opój, uraczywszy się sutą ilością wódki i wina, doznaje halucynacyi przykrej treści; ucieka do domu, tutaj wypija jeszcze pewną dozę alkoholu i usypia. Nagle budzi się, słysząc obok siebie donośny gwar zgromadzonego przed sobą tłumu ludzi; przerażony chwyta za strzelbę nabitą i spieszy do okna, w którem widzi dwóch czerwonych aniołów. Tymczasem żona zastępuje mu drogę; on w przekonaniu, że to jedna z prześladujących go osób, strzela do niej i kładzie ją trupem. Po powrocie do przytomności jest apatycznym, małomownym a nadto przekonanym, iż żona własnoręcznie odebrała sobie życie.

Mniemam, iż przypadek Dra Jendla przypomina pod każdym względem przypadek powyższy. Obwiniony jest również nałogowym opojem: przed samym napadem raczy się obfitą ilością wyskoku, wchodzi z przechadzki nocnej w zimie do ciepłej chaty (nagła zmiana ciepłoty), znowu pije, poczem popada w sen. Nagle budzi go łoskot, widzi djabła, którego zabija w największej trwodze. Niestety,

owym mniemanym djabłem jest trzechletni chłopczyk. Następnego dnia ma odwagę udać się na miejsce czynu, jest apatyczny i nie odpowiada na czynione sobie zarzuty. Nic w tem nie ma dziwnego a tem mniej nie należy w tem upatrywać rozmyślnego uporu, jeżli obwiniony w śledztwie na pytania co do spełnienia zbrodni nie odpowiada, gdyż pamięta on tylko, że djabła zabił, nie zaś dziecię.

IV. Oceny i sprawozdania.

Higiena.

A. Pick: **Wpływ wina, piwa i niektórych kwasów organicznych na bakterye cholery i duru.**

Doświadczenia autora wykazały, że wino roztworzone wodą, zawierającą prątki choleryczne, w stósunku 1 : 3 i odstawione przynajmniej na 5 minut po zmięszaniu, można pić bez szkody dla zdrowia. Piwo posiada wprawdzie tę własność w nieco mniejszym, ale w każdym razie w znacznym stopniu, gdyż bakterye choleryczne giną w niem w przeciągu 5, najpóźniej w przeciągu 15 minut. Wódka żytnia zawierająca 41, 45% alkoholu zabija grzybki cholery w ciągu 5 minut; zmięszana z równą ilością wody (22, 23%) w przeciągu 10 minut; zmięszana zaś z poczwórną ilością wody (11, 12%) nawet w przeciągu 5 godzin ich nie zabija. — Wino zawdzięcza tę własność kwasowi.

Doświadczenia wykazały, że kwas octowy, mlekowy, winowy i cytrynowy w roztworzeniu 1 : 2000 zabijają grzybki choleryczne w przeciągu 5 minut. Ocet i wyciśnięty świeżo sok cytrynowy okazują te same własności. Herbata i kawa chłodzone nie mają żadnej antyseptycznej wartości. Kwas winowy i cytrynowy dodany do wody w stósunku 1 : 2000 może zapobiedz szerzeniu się za pomocą niej cholery i zastąpić kosztowne i kłopotliwe jej gotowanie.

Działanie rzeczonych czynników na bakterye durowe nie okazało się skutecznem tak, jak na choleryczne. Wino w równych częściach zmięszane z wodą nawet po pół godziny nie zabijało grzybków durowych. — Również piwo w ciągu tego samego czasu nie działało na nie zabójczo. Wódka żytnia nieroztworzona niszczyła świeżo wyhodowane bakterye durowe w ciągu 5 minut a roztworzona równą ilością wody nie sprawiała tego nawet w przeciągu ½ godziny. Rozczyn kwasu cytrynowego 1‰—1% nie był wcale skutecznym. Dopiero w 2% i mocniejszem roztworzeniu działał skutecznie, lecz takiego rozczynu w praktyce używać nie można. (*Archiv für Hygiene. Band XIX. Heft I.*).

B.

Derville i Guermonprez: **Brodawczaki u robotników w rafineryach oleju skalnego.**

Obaj autorowie mając po temu sposobność, wykryli u robotników zajętych pracą w rafineryach oleju skalnego brodawczaki, powstające na skórze pod wpływem surowego oleju i alkaliów, do rafineryi używanych. Brodawczaki te rozpoczynają się jako małe, szarawe guzki, otaczające jakby pochewką włosy; guzki te powiększają się, czernieją a włosy wypadają. Wówczas tworzy się do około guzka brodawka różowa, rozmaitej wielkości, przypominająca czasem z wejrzenia przybłoniaki. Histologicznie nie różnią się niczem powyższe brodawczaki od zwykłych brodawek *(papilloma)* a przy danem usposobieniu mogą się przeobrazić w nowotwory złośliwe.

Brodawczaki te stanowią swoistą chorobę robotników, zajętych oczyszczaniem oleju skalnego. (*Annal. d'hyg. publ. et de méd. lég. Octobre. 1893*). *Dr. Wachholz.*

Przegląd terapeutyczny.

— Niema żadnej wątpliwości, iż salol jest jednym z najlepszych przetworów kwasu salicylowego, ma tę jednak niedogodność, zostającą w związku z jego składem chemicznym, iż niekiedy wywołuje przypady otrucia, osobliwie u dzieci, z powodu uwolnienia z połączenia fenolu.

Przydałby się przeto bardzo przetwór, któryby łączył w sobie przymioty salolu bez składnika w pewnych okolicznościach trującego, jakim jest fenol. Owóż takim przetworem jest salacetol, złożony z kwasu salicylowego i acetolu, w którym jest kwasu salicylowego 75%, gdy w salolu tylko 60%. Salacetol jest przeto energiczniejszym środkiem przeciwgnilnym, niż salol.

Salacetol jest to proszek krystaliczny, biały, nierozpuszczający się w wodzie, który dostawszy się do alkalicznej treści przewodu pokarmowego. rozpada się powoli na kwas salicylowy i acetol, rychło wydzielający się z ustroju jako aceton.

Sposób zadawania salacetolu, równie jak i salolu, nie jest bynajmniej obojętny.

Prof. Bourget przekonał się, że po dawce 2 gramów samego salolu otrzymuje się w moczu po 24 godzinach 0·473 kwasu salicylowego; jeżeli zaś tę samą ilość zada się wraz z olejem rącznikowym *(oleum ricini)*, otrzymuje się w moczu również po 24 godz. 0·723 kwasu salicylowego.

Z dwóch gramów zadanego salolu samego otrzymano po 24 godzinach w moczu 0·335 kwasu salicylowego a po zadaniu równej ilości w 30 gramach oleju rącznikowego 0·552 kwasu salicylowego.

Jeżeli przeto chodzi o to, by salacetol działał rychło i energicznie, należy go zadawać z jakimś środkiem przeczyszczającym, osobliwie olejem rącznikowym, który zresztą nie działa chemicznie na część z kwasem salicylowym połączoną.

Prof. Bourget radzi w tym celu zadawać 2 do 3 grm. salacetolu i 30 grm. oleju rącznikowego. Chory zażywa na raz całą tę ilość zrana na czczo. W razie potrzeby można tę dawkę powtarzać przez 2 do 3 dni z rzędu. Ponieważ salacetol nie jest szkodliwy, mogą dzieci zażywać go dziennie po 0·50 a nawet i więcej.

Według doświadczeń Bourgeta ten sposób zadawania salacetolu okazał się bardzo skutecznym w biegunkach letnich, czerwonce, cholerze swojskiej i także w cierpieniach przewodu pokarmowego bez biegunki.

Salacetol w ilości po 2 do 3 gramy dziennie okazał się nadto skutecznym w gośćcu stawowym tak ostrym, jak i przewlekłym, tudzież dla desinfekcyi dróg moczowych.

(*Médecine moderne. 1893*).

— Filadelfijski profesor Tomasz Mays leczył 50 przypadków ostrego zapalenia płuc okładami lodowemi na klatkę piersiową i takie o tem wydaje zdanie:

1) Lód wpływa korzystnie na znaki fizyczne sprawy zapalnej w płucach i wykazawszy w pewnem miejscu oddech oskrzelowy, stłumienie ogłosu wypukowego i t. d., można się przekonać wkrótce po użyciu lodu o pojawieniu się rzężeń, wystąpieniu napowrót prawidłowych szmerów oddechowych i zmniejszeniu rozległości stępienia odgłosu wypukowego. Podobnież poprawiają się bóle, trudności w oddychaniu, kaszel i wykszttuszanie a temperatura spada niekiedy w ciągu połowy dnia o trzy stopnie (zapewne Fahrenheita. *Przyp. red. Przegl. lek.*). W ogólności poprawia się cały stan chorych, którzy bardzo chętnie poddają się temu leczeniu nawet, jeżeli poprzednio protestowali przeciw niemu.

Tak Mays jak i Dr. Lees nie widzieli nigdy żadnej szkody ani niedogodności dla chorych z tego sposobu leczenia, jakkolwiek używali go wytrwale.

Chorzy autora byli w wieku od 6½ miesięcy do 64 l.

Skutek był w ogólności bardzo dobry. Na 50 chorych zmarło prof. Maysowi tylko dwóch a Lees na 18 tudzież Jackson na 11 nie mieli ani jednego przypadku śmierci. Inny lekarz finlandzki leczył 106 chorych na zapalenie płuc lodem i miał śmiertelności tylko 2·82%. Zliczając razem wszystkie przypadki, otrzymuje się śmiertelność 3·2%, co oczywiście najlepiej przemawia za tym sposobem leczenia.

(*Bulletin général de thérapeutique. 15. Octobre. 1893*).

— Valude w Paryżu widział pomyślne działanie antypiryny w zaniku nerwu wzrokowego, w przypadkach wpraw-

dzie nie bardzo ciężkich i nie daleko zaszłych, ale w przypadkach ani nie postępujących ani nie ustępujących (raczej powoli postępujących). (*Annales d'Oculistique. Wrzesień. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

W poliklinice uniwersyteckiej w Bonn nad Renem używają przeciw tasiemcowi za przykładem Francuzów chloroformu według przepisu:

130) Rp. *Chloroformii 4·00*
Olei crotonis gutt. unam
Glycerini puri 30·00
MDS. Zażyć na raz.

Dyeta i całe zachowanie się jak przy innych środkach używanych przeciw tasiemcom. Na 38 przypadków udało się leczenie 37 razy a nie udało tylko raz, w którym nie pomogła ani kora granatowca właściwego, ani wyciąg paproci i w którym, jak się później pokazało, miano do czynienia nie ze zwykłym tasiemcem (*taenia solium*), ale z *taenia saginata*.

Główna korzyść tego leczenia polega na uniknieniu nieprzyjemnych skutków, właściwych innym środkom przeciw tasiemcowi używanym, jak wymiotów po zażyciu granatowca a objawów zatrucia po korzeniu paproci.

Do zażywania kreozotu w winie podaje Dujardin-Beaumetz w Paryżu następujący przepis:

131) Rp. *Kreozoti fagini 18·00*
Spir. vini optimi 250 00
Syrupi simplicis 100·00
Vini de Malaga 650·00

Łyżka stołowa tego wina zawiera 30 centygramów kreozotu a zażywa się ją w szklance wody ocukrowanej.

Hickl podaje następujący przepis na wodę kreozotowo-gazową:

132) Rp. *Kreozoti fagini 1·00—2·00*
Cognaci 50·00—100·00
Syrupi simplicis 300·00
Ttrae menthae piperitae guttas 30—40
Aquae acido carbon. saturatae 2000·00

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 4. października 1893 r.
Prezes kol. Łazarski. — Członków 27.

I. Kol. sekretarz odczytuje protokóły z posiedzenia z dnia 5. lipca b. r., jakoteż nadzwyczajnego z dnia 29. września b. r. Oba protokóły przyjęto.

II. Kol. Prezes odczytuje i podaje do wiadomości pismo nadesłane z komitetu budowy pawilonu chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie a zapraszające członków Towarzystwa lek. krak. do wzięcia udziału w uroczystości otwarcia tegoż gmachu.

III. Kol. Wachholz przedstawia przekrój półkul mózgowych wraz ze sklepieniem czaszki, między którem a oponą twardą znajduje się świeży skrzep krwi wynaczynionej z lewej tętnicy oponowej. Czaszka denata okazywała pęknięcie prostopadłe do podstawy, biegnące przez łuskę kości skroniowej lewej i średnie lewe zagłębienie czaszki aż do siodełka tureckiego. Zewnętrznie nie znalazł prelegent żadnych śladów obrażenia, jak tylko podbiegnięcie krwią głębszych, tuż przy kości położonych warstw mięśnia skroniowego lewego. Kol. W. dodaje, iż zmarły nadużywał napojów wyskokowych; być zatem może, iż upiwszy się upadł i doznał obrażenia, które na razie nie dało żadnych objawów, dopiero po pewnym czasie przez ucisk mózgu wywołało śmierć nagłą. Przy tej sposobności wspomina prelegent o podobnych przypadkach opisanych przez Hofmanna, Halbana, Maschkę i innych. W końcu zwraca kol. W. raz jeszcze uwagę na powyższy przypadek, który może obudzić zajęcie nie tylko sądowo-lekarskie, lecz i ze względu na ogólną patologię i chirurgię.

Kol. Zarewicz zapytuje się w dyskusyi kol. prelegenta, czy nie znaleziono zewnętrznie jakiego śladu urazu, kiedy było tak znaczne pęknięcie czaszki.

Kol. Wachholz wyjaśnia, iż zewnętrznie nie było najmniejszego śladu urazu.

Kol. Cybulski zwraca uwagę, iż w tym razie wybitnie widzi się nie ściśnięcie, lecz li tylko przemieszczenie mózgu, do czego dopomogło zniesienie komory bocznej i zesunięcie się drugiej półkuli mózgowej; zresztą za samem przesunięciem przemawia już szersza część przednia po jednej, niż drugiej stronie. Pęknięcie czaszki bez śladu na powłokach miękkich mogło nastąpić pod wpływem silnego urazu ciałem sprężystem.

IV. Kol. Olszewski przedstawia chorą, Józefę B., 35 lat liczącą, przyjętą do oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza z przyczyny biegunki krwawej, już uleczonej obecnie, a która obok tego okazuje zboczenie chorobowe języka tem ciekawsze, że nie często z niem się spotykamy obok obrazu chorobowego daleko posuniętego. Cierpienie to trwa według podania chorej już kilka miesięcy a więc przedstawia przebieg przewlekły; z takich zaś napotykamy na języku owrzodzenia od zębów spróchniałych, liszaj żrący, kiłę, gruźlicę i raka.

Obraz chorobowy w naszym przypadku najwięcej przemawia za gruźlicą, bo mamy rozległe owrzodzenie na języku, o brzegach jakby powyżeranych a nie podminowanych, o dnie dość równem i gładkiem, pokrytem skąpą wydzieliną i żywą ziarniną, w której tu i owdzie spostrzedz się daje gruzełek. Gruczoły podszczękowe, zwłaszcza po stronie prawej, są powiększone, dość miękkie i bolesne za dotknięciem się. Nadto płuca są zajęte gruźlicą, najbardziej po stronie prawej. Badanie plwocin wykazało prątki Kocha, badanie zaś dwukrotne wydzieliny ze skrobanej z języka ich nie wykryło.

Nadto dodaje kol. O., iż w ostatnich dopiero czasach wystąpiło zajęcie chorobowe języka po stronie lewej obok znacznego ślinotoku. Zresztą i samo już wejrzenie chorej przemawia więcej za gruźlicą, niż za inną sprawą chorobową.

W dyskusyi kol. Zarewicz podziela zapatrywania się kol. prelegenta, bo obraz chorobowy jest zupełnie typowy dla gruźlicy i dodaje, iż wykrycie prątków w wydzielinie wziętej z języka udaje się rzadko i chociaż wypada ujemnie, to gruźlicy wykluczyć nie można, jeśli inne objawy za nią przemawiają.

Kol. Zarewicz wspomina o własnym podobnym przypadku, gdzie kilkakrotne badanie nie wykazało prątków a chory mimo tego w niedługi czas potem zmarł z powodu ogólnej gruźlicy.

V. Kol. Mayzel miał zapowiedziany odczyt: *Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego*. Na podstawie ośmiomiesięcznych doświadczeń robionych z olejem szarym w oddziale kol. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza wypowiada prelegent zdanie swoje o wartości tego przetworu rtęciowego. Zachęcony do doświadczeń powyższych publikacyą Langa z r. 1890, który oleju szarego używa od r. 1885 ze znakomitym skutkiem tak ze względu na wartość leczniczą przetworu, jak i na dogodność samej metody wstrzykiwania, obserwował prelegent 40 przypadków kiły leczonej wstrzykiwaniami tegoż przetworu. — Używano oleju szarego łagodnego 30%, sporządzonego według przepisu Langa w szpitalnej aptece, miąższowo w pośladki w dawkach od 0·20 począwszy na dwa miejsca a następnie po 0·10 w tygodniowych odstępach czasu, dochodząc do 1·10 oleju szarego, co równa się 0·40 rtęci metalicznej. Leczono kiłę świeżą, powrotną i późną. Wyniki dotychczasowe są zadawalniające, jakkolwiek nie w tym stopniu, jak to Lang ogłasza, który może nieco za optymistycznie zapatruje się na wartość oleju szarego.

Z doświadczeń dotychczasowych wysnuwa kol. M. następujące wnioski:

1) zmiany kiłowe łagodne (wysypki plamiste) ustępują szybko, cięższe (guzkowe) powolniej, jednak rychlej, niż po żół-

tym tlenku rtęci (*hydrargyrum oxydatum flavum*) lub po sublimacie. Olej szary nie zapobiega jednak występowaniu podczas leczenia świeżych wykwitów kiłowych, podobnie jak i wszelkie inne przetwory rtęciowe.

2) Wstrzykiwania oleju szarego nie wywołują w porównaniu do innych sposobów ogólnego leczenia żadnych cięższych objawów ubocznych, natomiast stósunkowo często występuje zajęcie błony śluzowej wewnętrznej powierzchni policzków i dziąseł i to nieraz w kilka tygodni po ukończeniu wstrzykiwań; zmiany te jednak nie przybierają znacznych rozmiarów i łatwo ustępują za odpowiedniem leczeniem.

3) Do usunięcia zmian kiłowych wystarczają dawki średnie oleju szarego (max. 1·10, min. 0·40), w kile powrotnej średnio 0·75 oleju szarego 30%.

Recydywy, o ile dotąd sądzić można, są łagodne i nie częstsze, niż przy leczeniu innymi przetworami rtęciowymi.

4) Wstrzykiwania w plecy pozostawiają prawie bez wyjątku nacieki głębokie, bolesne, niekiedy przechodzące w ropienie; wstrzykiwania natomiast w pośladki nie wywołują prawie żadnego odczynu.

5) Używanie zatem oleju szarego, byle rozważne, nie zagraża w niczem bezpieczeństwu życia człowieka a przypadki ostrego zatrucia z zejściem śmiertelnem, opisane z kliniki Kaposiego, pochodzą z przekroczenia największych dawek rtęci.

W końcu zastaniawia się prelegent nad wchłanianiem i wychodzeniem rtęci z ustroju ludzkiego, powołując się na prace Lindena a w ostatnich czasach na doświadczenia Ullmanna z olejem szarym na zwierzętach. (*Ref. własny*).

Dyskusyę odłożono do przyszłego posiedzenia.

V. Kol. Walentowicz miał zapowiedziany wykład *o wartości dyagnostycznej malleiny* (umieszczony w nrze 42. *Przeglądu lekarskiego).*

W dyskusyi kol. Bujwid, zgadzając się z wywodami kol. W., wspomina, że tuberkulina Kocha wykazuje tak samo ukrytą gruźlicę u bydła, jak malleina nosaciznę u koni. W końcu dodaje kol. B., iż wyciągi suche tracą swoją skuteczność po dłuższym czasie i że wydają się lepszemi wyciągi glicerynowe.

Sekretarz *Dr. Bronisław Olszewski.*

VI. Przyczynki do epidemiologii Wschodu.

Podał

W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Dopóki trwała pielgrzymka Mahometan do Mekki, dopóty cholera, stała prawie ich towarzyszka, grasowała tam z niezwykłą siłą. Od chwili jednak wycofywania się pątników z Hedżasu, zaraza nie lubiąca, że tak powiem, świętych miejsc Islamu, wnoszona tam lub wybuchająca razem z przybywającymi i ustająca zawsze po ich odjeździe, jednym skokiem przerzuciła się do Tunisu. Co więc nie uległo zarazie w samej Mekce, w Dżeddah i u stóp Synaju (gdzie w lazarecie El-Thor nie miano miejsca na ulokowanie dwunastu tysięcy pielgrzymów, zmuszanych po prostu do co najrychlejszego wynoszenia się z Hedżasu), to, pomimo że je poddano ścisłym obserwacyom sanitarnym, rozwlekło cholerę i po południowem wybrzeżu morza Śródziemnego. Szczęśliwym trafem okręty przeznaczone do przewozu pielgrzymów tunetańsko-algierskich nie zawijały do Bengazi. Gdyby bowiem tak było, to prawdopodobnie ów dur osutkowy i przypuszczalna dżuma, o których wspomniałem poprzednio, przedstawiłyby inny patologiczny charakter, stwarzając scenę do obserwowania antagonizmu aż trzech chorobotwórczych pierwiastków. Wystarcza jednak zacytować, że na posterunku sanitarnym przed Tunisem, gdzie przybyłych pielgrzymów poddano nowym środkom ostrożności higienicznych, po ośmiu godzinach ich tam pobytu wykazano cztery przypadki cholery. Należy się jednak spodziewać, że będzie to ostatni cios, jaki zaraza indyjska zadała w tym roku pielgrzymującym do Mekki. Bo nad lazaretem w Tunisie powiewa chorągiew francuska a i dyrekcya jego powierzoną jest urzędnikom zawodowym. Więc też i przerzucona plaga da się umiejscowić i stłumić z większą łatwością. Jakby jednak nie było, tegoroczny nadzwyczajny napływ pielgrzymów do Mekki w ilości 120 tysięcy głów, odbył się jak zwykle w tradycyjnym chaosie i nieładzie, łączącym wszystkie okoliczności sprzyjące rozwojowi chorób zakaźnych a mianowicie cholery. Dopóki zaś ten coroczny ruch pobożnych Mahometan nie zostanie poddany ścisłej kontroli sanitarnej, nie znajdzie się środka zdolnego powstrzymać przerzuty zarazy, lub choćby tylko powolne jej rozwlekanie się. W dzisiejszych jednak okolicznościach, podobna kontrola jest istotnem niepodobieństwem.

Wreszcie z pola naszych ogólno-wschodnich stósunków zdrowotnych wypada mi jeszcze zanotować okoliczność, wybornie uwydatniającą wpływ wywarty na mieszkańców nadbosforskiej stolicy, przez obręcz zakaźną zbliżającą się i ścieśniającą nas coraz to bardziej. Po wykazaniu już, jakiej doniosłości jest owa podejrzana epidemia w Smyrnie i uznaniu jej za cholerę z łagodnym tylko przebiegiem, nagle w połowie sierpnia buchnęła wieść o pojawieniu się zarazy i w samym Carogrodzie. Oczywiście nie wdawano się w dochodzenia, czy chorobotwórczy pierwiastek został tu wniesiony, czy też od ćwierć wieku wykluwając się na miejscu doszedł do swej dojrzałości w tym właśnie okresie czasu. Przeciwnie, samą złowrogą wieść oparto tylko na następujących danych. Przed lazaretem w Kawaku nad Bosforem zarzucił kotwicę parostatek Ceres, należący do towarzystwa żeglugi Lloyda austryackiego. Piękny ten okręt, pochodzący z Braiły z ładunkiem i podróżnymi, opuściwszy Dunaj 3. sierpnia, zawinął do Kustendże i Burgasu, zkąd jako podejrzany został wezwany do cofnięcia i udania się do Kawaku. Przybywszy tam zadeklarował kapitan, że na pokładzie zaszło pięć przypadków cholery, z których cztery zakończyły się śmiercią. Z tej przyczyny parostatek odesłano do lazaretu w Synopie. Stolicę więc samą zaalarmowano! A to tem więcej jeszcze, że na przedmieściu *Haskioj* nagle umarła jedna kobieta a w szkole wojskowej w Kuleli i w małej wioszczynie Jalikioj, zauważano przypadki gwałtownego zasłabnięcia i to naraz czterech robotników. Z rozkazu Sułtana nakazana inspekcya udowodniła, że żaden z zaszłych przypadków nie miał cechy podejrzanej a tem mniej epidemicznej i że wszystkie należały do chorób zwykłych i właściwych porze roku. Było to jednak dostatecznem, ażeby rządy grecki i bułgarski zarządziły natychmiast środki ostrożności, poddając 5-dniowej obserwacyi wszystko, co przybywa z Turcyi, bez względu jakąby nie było drogą. Zbyteczny ten nieco pośpiech, przeciwny decyzyom zapadłym na konferencyi drezdeńskiej i którego zastósowanie cechuje się tylko grubemi błędami, przyczyniwszy znacznych strat ogólnym stósunkom handlowym, nie polepszy warunków higienicznych a choć i uwydatni pieczołowitość każdego z naszych krzykliwych sąsiadów, nie zmniejszy prawdopodobieństwa przyszłego spotkania się z zarazą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

— Pełne zebranie (wszystkich miejscowych i zamiejscowych członków) Izby lekarskiej krakowskiej odbędzie się w sobotę dnia 4. listopada o godzinie 5. po południu w pomieszkaniu prezesa Izby Dra Jakubowskiego (Piasek, Podwale, nr. 10). Na posiedzeniu przyjdą pod obrady następujące sprawy: 1) uchwalenie statutu i regulaminu dla Izby lekarskiej okręgu krakowskiego, które następnie przesłane zostaną Ministerstwu spraw wewnętrznych do zatwierdzenia. 2) Uchwalenie wysokości wkładek rocznych, opłacać się mających przez lekarzy zamieszkałych w okręgu Izby.

— Towarzystwo chirurgiczne w Paryżu obchodziło w d. 26. z. m. 50-tą rocznicę swego założenia.

— *Wracz* donosi, że na mocy zezwolenia władz właściwych 12. międzynarodowy kongres lekarski odbędzie się w Petersburgu.

— Towarzystwo chemiczne belgijskie zwołuje międzynarodowy kongres chemiczny do Brukseli w sierpniu r. 1894.

— *Index medicus* wykazuje, że obecnie wychodzi na kuli ziemskiej 1119 czasopism lekarskich.

— Ze wzmianek w dziełach i pismach Celzusa, Galena, Orybazyusza i innych wnosić należy, iż już starożytni znali pasek przepuklinowy, nie było jednak dotychczas dokładnego jego opisu. Otóż niejaki Danicourt doniósł Towarzystwu archeologicznemu w Paryżu, że przy sposobności odkrycia grobów gallicko-rzymskich w Marché-le-port w Pikardyi, znalazł resztki starożytnego paska przepuklinowego, podobnego nieco do używanych teraz, z pelotą nieruchomą, zrobionego całkiem ze żelaza i pokrytego w części sprężystej skórą z pelotą pokrytą najpodobniej do prawdy także skórą.

— Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Halli nad Salą okazał Dr. Hennig młodego studenta, któremu w pojedynku odcięto koniec nosa, mający u podstawy 2 cm. średnicy a wysokości $^1/_2$ cm. Odszukany kawałek (i ranę) obmył H. ciepłym rozczynem soli kuchennej, przyszył go do nosa lekko na brzegu czterema szwami i opatrzył obficie watą również napojoną roztworem soli kuchennej. Przez następne 24 godziny robiono irygacye fizyologicznym roztworem soli kuchennej o temperaturze 37° C. Trzeciego dnia odnowiono opatrzenie: ropienia nie było żadnego a płat przyszyty miał barwę ciemną z przeświecającemi plamami czerwonemi. Opatrzenie także solą; 6. dnia znów zmiana opatrzenia: płat odcięty czerwony; 8. dnia. Płat gładko przyrosły. Odjęcie szwów. Opatrzenie maścią borową. 12. dnia odjęcie zupełne opatrzenia. Blizna jeszcze zaczerwieniona. — Hennig oznacza w przybliżeniu na 20 minut czas, przez który kawałek odcięty nie stykał się z częścią, od której go odcięto.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Kilonia.** Dr. Jerzy Hoppe-Seyler mianowany profesorem nadzwyczajnym. **Amsterdam.** Dr. Graanboom habilitował się jako docent pedyatryi. **Londyn.** Dr. Herbert R. Spencer mianowany profesorem położnictwa i ginekologii w *University College Hospital.* **Neapol.** Dr. E. de Renzi, zwyczajny profesor drugiej kliniki lekarskiej, objął po zmarłym niedawno Cantanim klinikę lekarską pierwszą a na jego miejsce przyszedł Dr. Antoni Cardarelli, profesor patologii ogólnej i propedeutyki lekarskiej. **Manila.** Dr. Gumersindo del Valle mianowany profesorem fizyologii.

— **Nekrologia.** Zmarli: w Warszawie lekarz Antoni Wnorowski w dniu 25. października przeżywszy lat 44; we Wenecyi Dr. Miłosław Burzyński w dniu 28. września b. r. W Paryżu prof. Dr. Leon Le Fort, wiceprezydent akademii lekarskiej, w 61. roku życia. W Hanowerze Dr. Lyman-Bartlett Howe, b. profesor anatomii w *Darmouth medical College.* W Burlingtonie Dr. W. B. Towles, b. profesor anatomii w uniwersytecie w Vermont.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 8. listopada b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). P o r z ą d e k d z i e n n y: 1) zapowiedziany wykład kol. prof. Pieniążka; 2) kol. Rościszewski pokaże dwa nowe przyrządy ortopedyczne.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze higieny z płacą roczną 600 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 10. listopada 1893 r.

Kraków dnia 27. października 1893 r.

Browicz
Dziekan Wydziału lekarskiego.

L. 1824.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Nadwórnie rozpisuje niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Majdanie średnim z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże w kwocie 400 złr.

Ludność do okręgu dotyczącego należąca wynosi 19.453 dusz.

Kompetujący wykazać się mają:
1) obywatelstwem austryackiem,
2) dyplomem doktora medycyny, 131—1—1
3) świadectwem moralności,
4) znajomością języków krajowych,
5) praktyką najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim, a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z dnia 31. grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 82 i utrzymywać aptekę domową.

Termin do wniesienia podań oznacza się do końca listopada 1893 r.

Z Wydziału Rady powiatowej w Nadwórnie
25. października 1893 r.

KONKURS.

Wydział powiatowy w Horodence rozpisuje niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Czernelicy z płacą roczną 500 złr. i ryczałtem na podróże w kwocie 258 złr.

Kompetujący wykazać się mają:
1) obywatelstwem austryackiem,
2) dyplomem doktora medycyny,
3) świadectwem moralności,
4) świadectwem zdrowia,
5) znajomością języków krajowych,
6) praktyką przynajmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim a po otrzymaniu posady stósować się winni do instrukcyi z 31. grudnia 1891. Dz. ust. kraj. Nr. 83.

Termin wniesienia podań oznacza się do **I. grudnia 1893 r.** 130—3—3

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 11. Listopada 1893. Nr. 45.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^{1}/_{2}$ „	„ $3^{1}/_{2}$ „	„ 6 „

I. O badaniu niezborności wzroku (astygmatyzmu).

Wykład habilitacyjny
Dra Franciszka Sroczyńskiego,
b. I. asystenta klin. okul. Uniw. Jag.

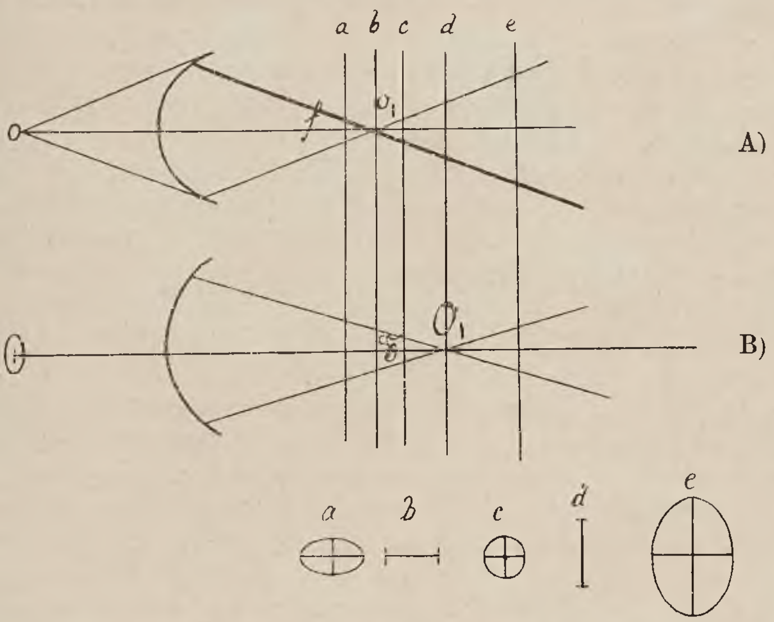
Panowie! Jeżeli do Panów zgłasza się chory, żaląc się na upośledzenie wzroku, musicie liczyć się z trzema możliwościami: 1) albo upośledzenie to zależy od zaćmień w środkach łamiących światło, albo 2) jest ono następstwem wady refrakcyi, czy akomodacyi, lub też wreszcie 3) przyczyną są zboczenia bądź w narządzie odczuwającym wrażenia świetlne, bądź też w drogach pośredniczących między narządem tym a ośrodkiem wzroku. Stary ten schemat książkowy wyczerpuje wszystkie możliwości, ale tylko teoretycznie. W praktyce napotkacie Panowie przypadki, gdzie pod żadnym z tych 3 względów zboczeń nie znajdziecie a wzrok mimo to będzie upośledzony. Jest to na szczęście dziś coraz bardziej już rzedniejąca grupa chorób ócz bez zmian materyalnych, t. zw. amblyopia. Zanim odważycie się Panowie na tak nienaukowe, ale i dziś często jeszcze konieczne rozpoznanie, musicie wprzód z całą pewnością wykluczyć wpływ wady refrakcyi, aby uniknąć fatalnych pomyłek w rokowaniu a często i w leczeniu. O ile rozchodzi się o proste, t. zw. sferyczne wady refrakcyi, jak wzrok krótki (*myopia*) i nadmiarowy (*hypermetropia*), zadanie jest bardzo proste. Zwyczajne, wedle pewnego systemu przeprowadzone próby szkłami sferycznemi prowadzą zazwyczaj do ścisłego rezultatu a tylko wyjątkowo i z innych względów potrzeba jeszcze kontroli wziernikiem.

Inaczej rzecz się ma z astygmatyzmem. Już sama natura zboczenia przynosi ze sobą pewne komplikacye, niezdecydowane i chwiejne odpowiedzi pacyentów, z których ten tylko wybrnie szczęśliwie, kto nie przywięzuje się do jednego szablonu, ale panuje zarówno nad różnemi metodami badania tej wady wzrokowej.

Zrozumienie metod tych czyni koniecznem przypomnienie pewnych właściwości optycznych oka niezbornego. Niezbornością (astygmatyzmem) nazywa optyka stan oka, w którym refrakcya w różnych południkach tego samego oka skutkiem nierównej krzywizny środków łamiących jest różną. Jeżeli największa różnica w refrakcyi tyczy się dwóch do siebie prostopadłych południków a w jednym i tym samym południku łamliwość światła jest jednaka, mamy do czynienia z astygmatyzmem regularnym; gdy zaś już w zakresie jednego i tego samego południka zachodzą w tym względzie różnice, będzie to astygmatyzm nieregularny.

W niniejszym wykładzie zajmować nas może tylko astygmatyzm regularny; nieregularny bowiem, jako następstwo plamek rogówki lub początkowych zaćmień soczewki, usuwa się z pod ogólnych prawideł. Wszystkie 3 główne stany refrakcyi mogą brać udział w astygmatyzmie. I tak możemy mieć kombinacyę wzroku miarowego z niedomiarowym lub nadmiarowym, kombinacyę niedomiarowości lub nadmiarowości o różnym stopniu, wreszcie wady refrakcyi przeciwne sprzężone ze sobą w jednem oku. W żadnym przypadku i w żadnej odległości wzrok oka niezbornego nie może być dokładnym; w oku bowiem takiem niema wspólnego ogniska, ale tylko t. zw. przestrzeń międzyogniskowa, gdzie w najlepszym razie na siatkówce łączą się tylko promienie z zakresu jednego z głównych południków, gdy w obrębie drugiego południka powstają tylko okręgi rozpierzchłe. Punkt świecący, n. p. drobny otworek w czarnej karcie zwróconej do światła, pod żadnym warunkiem nie przedstawi się jako punkt, ale raz wyda się w postaci elipsy (pionowej lub poziomej najczęściej), drugi raz linii a tylko tam, gdzie środek przestrzeni międzyogniskowej przypada na siatkówkę, przedstawi się jako koło rozpierzchłe.

Rysunek uwidoczni bliżej te stósunki.



W fig. A uwidocznionym jest przebieg promieni wychodzących z punktu o w południku pionowym o większej krzywiźnie, fig. B przebieg promieni z punktu O w południku poziomym o krzywiźnie mniejszej. Jeżeli f i F oznaczają ogniska tylne, o_1 i O_1 zaś obrazy punktu o w odpowiednich południkach, wówczas gdziekolwiek sobie pomyślimy siatkówkę, nie spotykamy się nigdzie z ostrym obrazem, ale tylko z jedną z figur *a*, *b*, *c*, *d* lub *e*.

Z dwóch linij do siebie prostopadłych a odpowiadających kierunkiem południkom głównym, jedna tylko mieć może zarysy wyraźne, mianowicie ta, której kierunek jest prostopadłym do południka nastawienia oka. Linię bowiem wyobrazić możemy sobie jako szereg stykających się z sobą punktów; gdzie więc punkt wedle powyższego rysunku tworzy na siatkówce linią n. p. pionową (przy akomodacyi dla promieni padających w południku poziomym), tam linie pokrywają się wzajemnie; kontur będzie ostry pod warunkiem, że kierunek linii stanowiącej przedmiot był pionowym. Gdy zaś w tych samych okolicznościach linia była poziomą, tam promienie rozpierzchają się w kierunku grubości linii: linia wyda się zatartą.

Znajomość tych właściwości oka niezbornego daje zarazem klucz do zrozumienia metod rozpoznawczych tej wady wzrokowej. Zadaniem okulisty jest tu 1) wykazać lub wykluczyć obecność astygmatyzmu, 2) oznaczyć kierunek południków głównych, 3) oznaczyć refrakcyę dla tych południków, 4) podać stopień astygmatyzmu.

Dwie główne drogi prowadzą do tego celu: 1) badanie podmiotowe, polegające na podaniach chorego, 2) badanie przedmiotowe niezawisłe od zeznań chorego. Idąc utartym szlakiem rozpoczynamy od badania podmiotowego a mianowicie od oznaczenia bystrości wzroku. Z reguły znajdujemy ją niezupełną a doświadczony okulista już z samego sposobu czytania skal druku może z pewnem prawdopodobieństwem domyślać się astygmatyzmu. Astygmatycy bowiem czytają równie biegle, jak fałszywie. Pewne błędy, jak mięszanie litery B z S, C z lit. O, powtarzają się bardzo często

Na spostrzeżeniach podobnych nie tracąc wiele czasu, przystępujemy do metod umiejętnych. Na początek zrobimy najlepiej, każąc badanemu patrzeć na figurę złożoną z krzyżujących się w jednym punkcie promieni o równej grubości i długości. Pewna część badanych dostrzeże wnet samodzielnie, że w grupie promieni tych jeden występuje najostrzej, prostopadły zaś do niego wydaje się najbardziej zatartym. Jeżeli kierunek promieni oznaczony jest wedle stopni, możemy prócz wykazania obecności astygmatyzmu oznaczyć położenie głównych południków. Byłby to jeden z najprostszych sposobów oznaczenia południków głównych, gdyby odpowiedzi chorych były stanowcze i pewne. Tak jednak nie bywa zawsze. Oczy niezborne chcąc ocenić wyrazistość rożnych promieni, dla porównania nastawiają się raz na ten, to na inny przedmiot, skutkiem czego raz ten, to inny wyda im się ostrzejszym.

Dla ułatwienia im porównania należałoby chwycić się innego sposobu, któryby pozwalał wykluczyć południki pośrednie a skoncentrować uwagę na główne. Sposób ten polega na zastósowaniu szczeliny stenopeicznej. Kręcąc poczernioną blaszkę ze szparą taką w różnych kierunkach, notujemy sobie południk, w którym szpara ta najlepiej wzrok poprawia. Jest to jeden z głównych południków; drugim będzie prostopadły do niego. Zaleta sposobu tego polega na tem, że w dalszym ciągu możemy teraz oznaczyć i refrakcyę w głównych południkach, próbując wedle znanych zasad, jakie szkło sferyczne w każdem z osobna najlepiej wzrok poprawi. Ma on jednak i słabe swoje strony, z których najważniejsza ta, że ścisłość wymagałaby użycia szpary jak najwęższej, aby rzeczywiście wykluczyć południki boczne, szpary zaś tak wązkie utrudniają oryentowanie się chorym, ścieśniając pole widzenia.

Rezultaty jeszcze mniej dokładne daje zastósowanie szpary stenopeicznej celem oznaczenia astygmatyzmu za pomocą optometru Badala. Badanie przyrządem tym odbywa się przez czytanie mikrofotograficznej skali druków, umieszczonej w poczernionej rurze poza silną soczewką dwuwypukłą, której odległość od skali druku można zmieniać dowolnie. Jeżeli wspomniana skala stanie w ognisku soczewki, wówczas soczewka zmienia promienie od niej wychodzące na równoległe; kto więc w tych okolicznościach widzi najlepiej, jest emmetropem; jeżeli druki staną w odległości mniejszej od ogniskowej soczewki, wówczas promienie wychodzące ze soczewki do oka badanego stają się rozbieżne; czytający w tych okolicznościach będzie krótkowidzem; gdy zaś skala stanie poza ogniskiem soczewki, kierunek promieni zmienia się na zbieżny a takie łączy na swej siatkówce jedynie wzrok nadmiarowy. Na tej zasadzie badając, oznaczyć możemy refrakcyę w głównych południkach na podstawie relacyi między ogniskową soczewki, odległością przedmiotu i obrazu $\frac{1}{f} = \frac{1}{a} + \frac{1}{b}$[1]; przyrząd czyni jednak zbytecznem obliczenie, podaje bowiem rezultat gotowy w dyoptryach.

Łatwo pojąć, że wyniki w ten sposób, choć w krótkiej drodze uzyskane, nie mogą być ścisłe, bo w stósunku do rzeczywistej refrakcyi za wielkie; za wielkie zaś dlatego, ponieważ badani, wiedząc o tem, że mają coś widzieć w niedługiej rurze, instynktownie akomodują. Skutkiem tego wartości dla wzroku krótkiego wypadają za wielkie, dla nadmiarowego zaś za małe. Niedokładności metody tej możnaby zmniejszyć, porażając atropiną akomodacyę przed badaniem. Pomijając już jednak wywołaną w ten sposób blisko 10-cio dniową niezdolność do pracy u ludzi czytających, przykrości

[1]) gdzie f oznacza ogniskową, a odległość przedmiotu, b obrazu.

wywołane już samem rozszerzeniem źrenicy są tak znaczne, że okulista tylko w ostateczności winien uciekać się do tego środka.

W przypadkach, w których astygmatyzm składa się z wzroku krótkiego w obu południkach, można z korzyścią użyć metody podanej przez Ayrego. Każąc badanemu patrzeć na punkt świecący, otrzymany przez otwór w karcie czarnej, poza którą umieszczono źwierciadło wypukłe, mierzymy odległość, w której punkt ten przedstawi się jako linia n. p. pozioma, tudzież odległość, w której punkt wyda się linią do poprzedniej prostopadłą, w danym przypadku pionową. Odległości te podają punkta dali wzrokowej dla głównych południków, z nich zaś wedle znanej formuły $\frac{100}{R}$, gdzie R oznacza punkt dali wzrok., otrzymujemy stopień miopii; różnica miopii w obu południkach da nam stopień astygmatyzmu. Tam, gdzie astygmatyzm nie łączy się z krótkim wzrokiem, możnaby jeszcze od biedy użyć tej metody, gdyby przez użycie przed okiem mocniejszej soczewki wypukłej sprowadzić sztucznie wzrok krótki. Rezultat otrzymany byłby jednak wtedy tylko jako tako ścisły, gdyby była pewność, że oś użytej soczewki schodzi się ściśle z osią optyczną; inaczej wywołamy w ten sposób sztuczny astygmatyzm, pochodzący od pochylenia soczewki.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Z kliniki położniczej we Lwowie.

O cięciu cesarskiem.

Podał

prof. Dr. A. Czyżewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44.)

Modyfikacya przez Lawson Taita podana jest właściwie tylko zmianą nazwy. Obie więc metody operacyi cięcia cesarskiego mają swoich zwolenników i obie doskonalą się. Wartość doskonalenia techniki operacyjnej objawia się ciągłem zniżaniem się odsetki śmiertelności operowanych i to skłoniło następnie do rozszerzania wskazań do cięcia cesarskiego. Wobec pomyślnego przebiegu odstąpiono od wskazania bezwzględnego, t. j. robienia operacyi tam, gdzie nic innego nie pozostało, i wprowadzono tak zwane wskazanie względne, t. j. wykonywanie cięcia cesarskiego i tam, gdzie można było rodzącą rozwiązać przez zmiażdżenie główki. Na usprawiedliwienie tego postępowania przytoczono rozmaite, w części zupełnie słuszne względy. Skoro bowiem odsetka śmiertelności tak się obniżała, wcale jest jasnem przypuszczenie, że nie tylko zrówna się ona z odsetkiem operacyj mających na celu zmniejszenie dziecka, ale nawet może spaść, jak chcą niektórzy, i niżej. Sądzono dalej, że ze względów etycznych nie należy wykonywać kraniotomii na dziecku żywem, chociaż to bezsprzecznie obniża niebezpieczeństwo przebiegu połogu, że nareszcie tam, gdzie matka życzy sobie dla ratowania dziecka narazić się na cięcie cesarskie, nie powinno się go odmawiać. Przytoczone motywa są całkiem słuszne; atoli ocenienie ich niewątpliwie zależy w każdym przypadku od zapatrywań się operatora i okoliczności temuż przypadkowi towarzyszących. Dlatego grupy wskazań względnych prawdopodobnie nigdy ściśle się nie oznaczy. Dziwić się także nie można, że przechodząc literaturę tego działu napotyka się na zapalonych zwolenników cięcia cesarskiego na niekorzyść kraniotomii i jednocześnie na takich samych przeciwników. Nie można także pominąć i tej okoliczności, że wobec operacyi, której rozwinięcie jest zasługą najnowszych czasów, chęć robienia jej niemałą odgrywa rolę w dziale jej wskazań.

Do zapalonych zwolenników względnej indykacyi cięcia cesarskiego należą Credé, Prager, Horaks, Velits, którzy wprost twierdzą, że kraniotomia da się zastąpić tem cięciem, Berlin zaś przypuszcza nawet, że przyjdzie czas, w którym cięcie cesarskie zastąpi: przyspieszenie sztuczne porodu, sztuczne poronienie oraz embryotomia i wtenczas wedle niego będzie jedno tylko wskazanie: jeśli miednica za ciasna, aby przez nią przeszło dziecko donoszone żywe, robić należy cięcie cesarskie. Wielka szkoda, że Berlin jednocześnie nie podaje sposobu orzeczenia z matematyczną ścisłością, która tu jest konieczną, efektu zastósowania się główki do wymiarów miednicy, oraz oznaczenia dokładnego jej wielkości i ściśliwości, wobec tak bardzo różnej siły bolów porodowych. Nie tak zapalonymi zwolennikami cięcia cesarskiego, ale zawsze stanowczymi przeciwnikami perforacyi są Cameron, Murray i G. Braun, który wyklucza tylko cięcie w przypadkach zakażonych. Odwrotnie dopuszcza Saenger kraniotomię na żywych dzieciach; chce zaś, na co właściwie wszyscy zgadzają się, *accouchement forcé* zupełnie wykreślić z działu operacyj położniczych a zastąpić je cięciem cesarskiem, które wykonać należy w przypadkach, gdzie grozi przedarcie macicy z przyczyny długiego trwania porodu i słabych bolów. Carusso chciałby zastąpić cięciem kraniotomię żywych dzieci, gdyż zestawienie statystyczne wykazało mu przy perforacyi wprawdzie 93·4% żywych matek bez żywych dzieci a cięcie cesarskie tylko 89·4% żywych matek, ale zato i 90% żywych dzieci. J. Schier podaje, jako najmniejsze granice wskazania do cięcia cesarskiego, wymiar prosty wchodu 6 cm. Dalej przemawiają za wskazaniem względnem Leopold, Gouillard, Murdach oraz Halberstama, który stanowczo występując przeciw *accouchement forcé*, podaje jako nowe wskazanie do cięcia cesarskiego ciężką eklampsyę. Wtórują mu w tem zapatrywaniu się lekarze holenderscy van der Hoeven, v. d. Kaay, v. d. Poll, Horff, nasz Święcicki i inni. Odwrotnie znów wykazał Wyder, że śmiertelność przy cięciu cesarskiem wynosi 17·95%, przy kraniotomii 8·3% i uważa cięcie cesarskie z powodu wskazania względnego, przynajmniej dla praktyki prywatnej, wbrew twierdzeniu Saengera za niewłaściwe. Tego samego zdania broni Gottschalk i Grapów, którzy tak kraniotomię na żyjących dzieciach, jak i sztuczne wywołanie porodu uznają za operacye odpowiednie a wskazanie względne do cięcia cesarskiego dopuszczają tylko wyjątkowo. Gaulard zaś zupełnie wyklucza możność operowania przy wskazaniu względnem.

Wobec takiej różnicy zapatrywań się ścisłe określenie wskazań względnych nie jest możebne. Wchodzi, jak powiedziałem, w grę zaufanie osobiste operującego do operacyi, nabyte doświadczeniem, które bardzo jest względne, a często wchodzi, że się tak wyrażę, pewna intuicya, nabyta również doświadczeniem, która czasami, bez możności usprawiedliwienia teoretycznego przemawia do lekarza poród prowadzącego, że poród ten traktowany w sposób książką wskazany nie będzie przebiegał pomyślnie. Przebieg takiego porodu, jego nie dające się usunąć ani usprawiedliwić leniwe, bez efektu bóle, przedłużanie się w doby całe, które to

objawy dają poznać czasami wyraźny obraz nastąpić mającego przedarcia macicy w dalszym ciągu porodu, jeśli sztuka w niezwykły sposób nie zaradzi katastrofie. Nareszcie musi wejść w rachubę historya przebiegu porodów poprzednich a nakoniec i wola matki.

Tutaj zwrócić muszę uwagę, że jako współzawodnik względnego wskazania dla cięcia cesarskiego wystąpiło w ostatnich czasach cięcie łonowe (*symphiseotomia)*, sposób operowania, prawdopodobnie dawniej już znany w położnictwie, z końcem przeszłego wieku we Francyi próbowany i zapomniany, obecnie we Włoszech odświeżony i przeprowadzony [1]). Jak każda nowość, znalazła i ta operacya gorących zwolenników, ale i jednocześnie bardzo poważne głosy, zniżające znakomicie jej wartość i potrzebę. Sprawy tej jeszcze o tyle nie załatwiono, aby stanowcze wysnuć z niej wskazania; należy to do przyszłości. W żadnym razie, zdaje mi się, nie wykluczy ten rękoczyn cięcia cesarskiego, z powodu wskazania względnego, przynajmniej tam, gdzie wedle mego przynajmniej zdania, to wzgiędne wskazanie utrzymać należy a mianowicie:

1) w leniwym przebiegu porodu z przyczyny wiotkich i cienkich ścian macicy, obok dużego dziecka i miernego ścieśnienia miednicy, jeżeli da się wykazać, że główka nawet po odpływie wód nie postępuje ku dołowi, szyja macicy coraz więcej rozciąga się i rozcieńcza a kraniotomia napotka na znaczne trudności;

2) jeżeli przebieg porodów poprzednich wykazuje, że je zawsze ukończono zmniejszeniem sztucznem główki z przyczyny niestósunku porodowego, polegającego na zniekształceniu miednicy, nietylko w wymiarze prostym wchodu, i ciężkim przebiegiem połogu;

3) w drgawkach połogowych (eklampsya), jeżeli napady występują w końcu ciąży, powtarzają się tak często, że między nimi przytomność nie wraca a objawy uremiczne występują z całą grozą;

4) w osteomalacyi, której postęp poprzednie porody wykazały do tego stopnia, że istniejące zniekształcenie tylko z trudnością dopuszcza wykonania kraniotomii.

Rozumie się samo przez się, że w każdym z tych przypadków rozstrzygnie, czy to wyraźna wola, czy też zezwolenie rodzącej, powiadomionej o niebezpieczenstwie operacyi cięcia cerarskiego. W przypadku 3-cim rozstrzyga rodzina.

Jak tylko operacya cięcia cesarskiego nabyła prawa obywatelstwa i technikę jej udoskonalono, poczęła się walka o to, która metoda operowania jest lepszą i którą zachować należy, jako typową. Walka zacięta a zupełnie niewłaściwa. Pomijając już bowiem okoliczność, że wybór metody operowania zawsze zależy od operującego, to nie ma wątpliwości, że ani Porro ani Saenger nie wykluczają swych metod operowania wzajemnie; przy ustanowianiu atoli wskazań postępują tak bezwzględnie, że dla tych, co nie mają własnego doświadczenia, trudno zdecydować się na wybór metody operowania. Zależy to w części od przypadku, chociaż nie rzadko bardzo jest ważnem, dlaczego na jeden lub drugi sposób zdecydować się należy.

Zwolennicy metody klasycznej wedle Saengera starali się zepchnąć potrzebę użycia metody Porry tylko do tych przypadków, w których pierwsza jest wprost niewłaściwą. Jakkolwiek przyznali tem samem konieczność zatrzymania drugiej metody, to przyłączyli do niej tak niekorzystne dla operacyi warunki, że obniżyli tym sposobem odsetkę pomyślnego wyniku operacyi, co atoli przypisać należy nie tyle metodzie, ile raczej komplikacyom podczas operowania. Gdy znów obrońcy metody Porry zwrócili uwagę, że robiący cięcie cesarskie nie rzadko znajdzie się w położeniu, które go zmusza zrobić operowaną niepłodną i uchronić ją od następnych ciąży i następnych cięć cesarskich, wprowadzono do walki argumentów i etykę lekarską, której zadaniem być miało pozostawić kobiecie możność zostania matką, wypełnienia jej głównego celu życia, nawet w najniekorzystniejszych dla rodzenia okolicznościach. Bezwarunkowo więc wyższą ma być metoda klasyczna, jako etyce lekarskiej i zadaniu życia kobiety odpowiednia.

Jakkolwiek wszystkie twierdzenia tego rodzaju popierają właściwie jedynie osobiste zapatrywania się, to przecież studyując materyal przeznaczony bezwzględnie do cięcia cesarskiego, trudno ochronić się od mimowolnego wrażenia, czy może nie byłoby lepiej i dla tych matek i dla tych dzieci, aby tamte nie rodziły a te się nie urodziły. W uporządkowanych stósunkach społecznych trudno przyznać, jako cel życia, rodzenie dzieci tym karlicom, pokrzywionym w każdej części ciała, jakiemi przepełnione są opisy cięcia cesarskiego na nich wykonanego. Zaszły one w ciążę przeważnie wskutek niezwykłych stósunków, brakuje im wszelkich warunków do życia a mozolna operacya ratuje im, tym, które same zaledwie nędzny żywot wloką, dziecko, będące dla nich ciężarem nie do zniesienia. Matka go ani wyżywić, ani wychować nie może a oddane pod opiekę dobroczynności publicznej, najczęściej ginie w pierwszym roku życia. Mnie się wydaje, że ten zarzut metodzie Porry zrobiony jest najsłabszym i że z tego tytułu operującemu, który zna najdokładniej towarzyszące przypadkowi operowanemu stósunki społeczne, zupełnie pozostawić należy i zastósowanie sposobu operacyjnego. Ale metoda Porry pomimo całej opozycyi ma pewne zalety, które jej wartość ponad metodę klasyczną często podnoszą. I tak, jakkolwiek osteomalacya nie jest cierpieniem, któreby występowało u kobiet, jakie powyżej opisałem, i owszem wydarza się i u takich, co posiadają wszelkie warunki życia, to w przypadkach, gdzie to cierpienie stanowi podstawę zniekształcenia kości, wywołujące potrzebę cięcia cesarskiego, najgoretsi nawet zwolennicy metody klasycznej, skłaniają się ku sposobowi operowania podanemu przez Porrę. Wielu bowiem operujących z powodu tego cierpienia widziało się zmuszonych przy cięciu klasycznem wykonać dodatkowo i kastracyę, w celu leczenia choroby kości. Wykonywano ją rozmaicie, albo przez podwiązanie a później przecięcie trąbek, albo przez wycięcie jajników; w każdym razie z utratą płodności w metodzie Saengera.

Podwiązanie trąbek zalecił Blundell (1840), za nim Lungren (1880) i Champneys. Okazało się niezupełnie pewnem. Falaschi [1]) przynajmniej opisał przypadek, w którym przy cięciu cesarskiem podwiązał trąbki. W 63 dni po operacyi wystąpiła regularność a w 7 miesięcy ciąża powtórna i powtórne cięcie cesarskie. Drugi raz podwiązał trąbki, każdą podwójnie i przeciął między oboma podwiązkami. Pomimo to na nowo miała wystąpić regularność. Tak samo

[1]) Cercha. Przyczynek do cięcia łonowego. *Przegląd lekarski.* 1893.

[1]) Centrbl. f. Gynaek. 39. 1892.

postąpił z podwiązaniem i przecięciem trąbek Crimail [1]), operując drugi raz tę samą chorą cięciem cesarskiem. Takie niepewne kastracye doprowadziły do tego, że wycinano jajniki całe, jak to wykonało wielu (Cullingworth, O'Sollivan, Murdach-Cameron, Baumann, Kissel, Velits i t. d.) i ja w swoim przypadku cięcia cesarskiego z powodu osteomalacyi tak samo postąpiłem. Dowodzi to atoli, że operacyę cięcia cesarskiego metodą Saengera wykonaną, nie rzadko łączono z kastracyą, więc ze zniesieniem płodności kobiety i chociaż Gueniot [2]) w Paryżu był tyle szczęśliwym, że po cięciu cesarskiem z powodu osteomalacyi bez kastracyi widział wyleczenie tej choroby zupełne, co nawet wcale jest możliwem, to przecież dziś ogólnie chętnie przeciw osteomalacyi robią kastracyę a że ona dostarcza obfitego materyału do cięcia cesarskiego, więc przedstawia grupę przypadków, w których metoda Porry jest bezwarunkowo właściwszą.

Atoli osteomalacya nie jest jedynem wskazaniem do użycia metody Porry. Każdy, sądzę, ktoby dostał do operacyi mój drugi przypadek i widział cienkość ścian macicy olbrzymio rozszerzonej, jej nadzwyczaj małą siłę kurczliwości już w początku czynności porodowej, której prawie 8-dniowe trwanie ujście zewnętrzne rozszerzyło zaledwie na wielkość centa, byłby przypuszczał, że ta macica po nagłem wypróżnieniu się nie obkurczy się należycie, i przystępując do cięcia cesarskiego, byłby przygotował się na operacyę metodą Porry, choćby do zwolenników tej metody nie należał. Nie wątpię o prawdziwości twierdzenia Schauty, że podwiązanie macicy, choćby tymczasowe, powoduje jej bezwładność, ale bez tego podwiązania, czy to z pomocą drenu elastycznego, czy też z pomocą ręki asystenta, co na jedno wychodzi, nikt dziś operować nie będzie. Tłómaczenie zaś, że taka bezwładność macicy pochodzi z przedwczesnego operowania przy braku bolów porodowych, nie wydaje mi się wyczerpującem. Mam przynajmniej przekonanie, że, gdybym w przypadku drugim był jeszcze dłużej czekał na silniejsze bóle porodowe, byłbym się pierwej doczekał pęknięcia macicy. Przezorności tej nauczyły mnie dwa samodzielne przypadki pęknięcia macicy, które miałem w klinice w r. 1892. Jeden śmiertelny u matki cierpiącej na zmiękniennie kości (*osteomalacia*), po 5. raz rodzącej, drugi z niezwykle szczęśliwym przebiegiem pomyślnym, także u wieloródki, o bardzo korzystnej budowie ciała, u której pomimo obszernego pęknięcia macicy i wystąpienia płodu i łożyska do jamy brzucha, nastąpiło wyleczenie. I w pierwszym i w drugim przypadku były: nadmiarowe rozszerzenie macicy, o cieniutkich ścianach, ruchome położenie czaszkowe płodu i zupełna, pierwotna bezwładność macicy. Chore leżały w łóżku spokojnie, czynność porodowa trwała czas dłuższy z postępem nadzwyczaj małym. Odpływ krwi z części rodnych był przyczyną powołania mnie do zakładu; wykryłem samodzielne pęknięcie macicy i to jeszcze tak leniwe, że mu stan ogólny chorej wcale nie odpowiadał.

[1]) Centrbl. f. Gynaek. 3. 1892.
[2]) Tamże. 39. 1892.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Ferrier (*Les fonctions du cerveau*) wykazał, że po zniszczeniu części płatu bocznego a w szczególności zakrętu kątowego (*gyrus angularis*) następują u małp zboczenia w zakresie zmysłu wzroku. Munk (*Verhandlungen der physiologischen Gesellschaft zu Berlin 1876—1877*) twierdził, że ośrodki korowe zmysłu wzroku u psów i małp leżą w korze płatu tyłogłowego. Luciani i Tamburini (*Sui centri psicosensori corticali. Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale 1879*) po wielu doświadczeniach przyszli do przekonania, że obaj poprzednio wspomniani autorowie mają słuszność, gdyż ośrodki korowe zmysłu wzroku leżą tak w zakręcie kątowatym, jak i w zakrętach sąsiedniego płatu tyłogłowego. Jeżeli się psu wytnie po obu stronach szczyt płatu tyłogłowego t. j. jego część najbardziej wypukloną, to po minieniu reakcyi zapalnej, która trwa zwykle od 3—5 dni, zwierzę staje się zupełnie obojętnem dla swego pana i w ogóle osób, które dawniej zawsze mile witało; nie okazuje żadnej obawy na widok trzepaczki, lub kija, spogląda obojętnie na ulubione dawniej potrawy i spożywa te tylko, które poznaje za pomocą węchu. Jeżeli się bliżej takiemu zwierzęciu przypatrzymy, spostrzeżemy, że ono nie jest ślepem, gdyż chodząc lub biegając, nie uderza się o stojące przedmioty i zręcznie wymija wszystkie przeszkody napotkane w drodze, ale widać, że tych przedmiotów nie poznaje, t. j. jest duchowo ślepem. W ciągu 3—5 tygodni ustępuje zwolna ta ślepota duszy i zwierzę poznaje znowu wszystkie przedmioty, jak dawniej; gdy jednakże przypatrzymy się dokładniej zachowaniu się zwierzęcia, spostrzeżemy, że ono inaczej oczy i głowę zwraca, niż dawniej, jeżeli przypatruje się pewnym przedmiotom. Dalsze badanie takiego zwierzęcia wykazuje, że pole widzenia jest u niego mocno ograniczone i że wielka część siatkówki pozbawioną jest zwykłej t. j. prawidłowej wrażliwości.

Munk twierdzi na tej podstawie, że szczyt płatu tyłogłowego zawiera tylko część ośrodków korowych zmysłu wzroku i u psa odpowiada częściom siatkówki służącym do najwyraźniejszego widzenia a więc głównie czynnym na podniety wzrokowe. Ponieważ w stanie prawidłowym pies kieruje na przedmioty głównie te właśnie części siatkowki, któremi najlepiej widzi a które mają to samo dla niego znaczenie, co plamka żółta u człowieka, przeto pozostają mu w pamięci tylko te obrazy wzrokowe, które tworzą się w korze mózgowej, odpowiadającej tym właśnie częściom siatkówki; ta zaś kora mózgowa znajduje się właśnie we wspomnianym szczycie płatu tyłogłowego. Po wycięciu tego płatu zebrane doświadczeniem obrazy pamięciowe, należące do zmysłu wzroku, prawie zupełnie nikną i pies staje się dla tego duchowo ślepym. Ponieważ jednak nie wszystkie ośrodki korowe zmysłu wzroku zostały przez to usunięte i pozostały jeszcze inne, odpowiadające obwodowym częściom siatkówki, przeto zwierzę zaczyna ćwiczyć się w patrzeniu temi właśnie dawniej mało używanemi częściami siatkówki a w odpowiednich im ośrodkach korowych zbiera ponownie utra-

cone obrazy pamięciowe wzroku i z ich pomocą uczy się na nowo rozeznawać widziane przedmioty. Ta okoliczność jest bardzo wielkiej wagi w fizyologii zmysłów, albowiem dowodzi, że pewnym częściom siatkówki odpowiadają pewne części kory mózgowej, czyli, że pewnemu uporządkowanemu t. j. stałemu ułożeniu pręcików i czopków odpowiadać musi podobne ułożenie właściwych komórek kory mózgowej.

Wspomnieć jeszcze muszę o objawach, jakie powstają wedle doświadczeń Munka, gdy się zwierzętom wytnie po jednej stronie wszystkie, ile możności, ośrodki korowe zmysłu wzroku. Psy okazują się w tym razie stale duchowo ślepemi, ale tylko na oku leżącem po przeciwnej stronie miejsca operowanego. U małp wykazano natomiast ślepotę na obu oczach tego rodzaju, że po wycięciu ośrodków korowych zmysłu wzroku po stronie lewej nastąpiła ślepota lewej strony każdego oka i na odwrót; czyli inaczej mówiąc, małpa staje się po takiej operacyi hemiopiczną. Doświadczenie to dowodzi zarazem, że u psów mamy do czynienia z zupełnem, u małp zaś tylko z częściowem skrzyżowaniem się nerwów wzrokowych. Jak się rzecz ma u człowieka, tego naturalnie doświadczeniem wykazać nie można, ale patologia uczy, że człowiek w tym względzie zachowuje się jak małpa.

Wernicke (*Archiv für Physiologie 1878*) i Baumgarten (*Centralblatt für die medicin. Wissenschaften 1878*) ogłosili odnoszące się do tego przypadki chorobowe stwierdzone sekcyą i wykazali, że u osób, u których za życia była wybitna hemiopia, znaleziono po śmierci rozległe zniszczenia w korze mózgowej płatu tyłogłowego strony odpowiedniej.

Podobne doświadczenia robiono w zakresie zmysłu słuchu i przekonano się, że ośrodki korowe tego zmysłu leżą w płacie skroniowym, gdyż po ich wycięciu powstaje głuchota duszy. Psychiatrzy, należący do różnych obozów, chociaż na tych samych danych opierają się, przychodzą jednak do zupełnie innych wniosków. Zgadzają się w tem, że zwierzęta, względnie ludzie pozbawieni odpowiednich ośrodków korowych mają poczucia odnoszące się do zakresu właściwych zmysłów. Poznają dzień i noc, mogą chodzić swobodnie i wymijać zręcznie przedmioty w drodze się znajdujące, wstrząsać się na huk wystrzałów i t. p., jednakże nie potrafią rozpoznać przedmiotów otaczających, ani rozumieć słyszanych wyrazów. Z tego wnoszą jedni, że ośrodki zmysłowe podkorowe służą tylko do tworzenia elementarnego poczucia zmysłowego a nie do odczuwania złożonych obrazów zmysłowych, drudzy zaś twierdzą, że w ośrodkach tych powstaje całkowite poczucie zmysłowe a osoby, których się to tyczy, względnie zwierzęta dla tego tylko przedmiotów widzianych nie rozpoznają i słyszanego głosu nie rozumieją, że będąc pozbawione ośrodków korowych zmysłowych, pozbawione są także ustalonych tamże obrazów pamięciowych, pochodzących od dawniej otrzymanych wrażeń zmysłowych, z któremi świeże wrażenia muszą porównać, jeżeli mają je zrozumieć. Ludzie tacy, względnie zwierzęta, podobni są do noworodków, które także przedmiotów rozeznać nie potrafią, chociaż je widzą, ani głosu nie rozumieją, chociaż słyszą.

Z własnego doświadczenia przytoczę odpowiedni przypadek:

Dnia 7. stycznia 1890 r. przyjęto do zakładu dla obłąkanych w Kulparkowie Jakóba G., liczącego lat 52, rz. kat., żonatego, chałupnika z powiatu mościskiego. Wywiady wykazują, że wspomniany od jesieni 1889 r. począł się skarżyć na osłabienie wzroku a wkrótce potem na osłabienie słuchu, co potęgowało się bardzo szybko tak, że w kilka tygodni stracił prawie całkiem wzrok i słuch. Później zaczął być niespokojnym, krzyczał, łajał i bił zbliżających się a przytem mowa straciła związek logiczny i stała się niezrozumiałą, bezmyślną i nierozumną. Porozumienie się z nim jest niemożliwe, gdyż zapytany o cokolwiek odpowiada zupełnie co innego.

Badany przedstawia się jako mężczyzna około 60 lat liczący, miernej budowy, licho odżywiony, o cerze bladożółtawej, mięśniach wiotkich, słabo rozwiniętych, o podściółce tłuszczowej zanikającej. Zapytany o cokolwiek pyta się najpierw „Co?“ a potem po powtórzeniu pytania zaczyna odpowiadać zupełnie niestósownie do pytania. Zapytany, n. p. jak się nazywa, mówi: „To nie Kasia, czego chcecie, ratujcie mię, ja nieszczęśliwy, gdzie Kasia, krowy jeszcze nic nie jadły“. Zapytany, ile ma lat, mówi: „Tak, tak, pewnie deszcz będzie a tu trzeba orać i bydło pędzić na pastwisko. Kasi niema, ja chory a kto będzie robił? Możeby jaki sąsiad przyszedł co pomódz; jak wyzdrowieję, to się odpłacę“. Na pytanie, czy dawno chory, mówi: „Ktoś tu jest, ale gdzie Kasia, zawołajcie mi Kasi, niech mi powie, gdzie się co robi, bo ja nic nie wiem“.

Dokładne badanie chorego wykazuje, że obwodowe, dostępne badaniu części zmysłu wzroku i słuchu są bez zmian widocznych. Chory ma poczucie światła; gdy bowiem zaczyna się rozwidniać, mówi: „Już dzień się robi a ja leżę i leżę“. Poznaje zmrok, bo mówi: „Noc zapada a Kasi nie ma i nie ma, gdzie ona poszła?“ Przy zapaleniu lampy woła: „Jakiś blask widzę, pewnie będzie burza“; skierowawszy oczy w stronę światła, mówi: „To jakiś pożar, gwałtu! Kasiu! coś się pali“. Wstaje z łóżka, idzie ku światłu, wyciąga ostrożnie ręce, napotyka stół, mówi; „to stół a to światło na stole“, maca rękami po stole i doszedłszy do lampy, omacuje ją ostrożnie ze wszystkich stron i mówi: „To pewnie lampa, czy coś takiego, Kasiu! co to jest? Gdzie Kasia? ja chcę iść na stronę, nie wiem którędy, to nie moja chata, gdzie ja jestem?“ — przytem rozgląda się na wszystkie strony. Za zbliżeniem się jakiejkolwiek osoby, często zrywa się nagle z łóżka, wołając lękliwie: „Kto to?“ lub „Co to jest? Kasiu, to ty? Gdzie ty jesteś, ja ciebie nie widzę, ani nie słyszę“. Za zbliżeniem się jakiegokolwiek przedmiotu do swej osoby, podnosi ręce i stara się dotknąć przedmiotu, omacuje go potem na wszystkie strony i zwykle dobrze rozpoznaje. Przy podawaniu pokarmów maca najpierw naczynie, potem wpatruje się i wącha; podaną do rąk łyżkę rozpoznaje jako taką, mówi, to łyżka, zaczyna jeść, kosztując najpierw ostrożnie. Pokarmy rozpoznaje; powonienie, smak i czucie są więc utrzymane.

Badanie słuchu wykazuje tylko nieokreślone poczucie tego zmysłu. Zegarek rozpoznaje dopiero po omacaniu; klaskanie silne w dłonie uważa czasem za krzyk, bo pyta się „kto krzyczy?“ Słyszy, że się do niego mówi. bo prawie zawsze pyta się: „Co?“ lub „czego chcecie?“ Czasem dodaje: „Nie słyszę dobrze. Ja się nazywam Jakób G. a wy jak się nazywacie?“

W całem swojem zachowaniu się zdradza chory niepewność, brak należytego oryentowania się w przestrzeni, często lęk i przerażenie. Sen i apetyt dość dobre. Ruchy chwiejne, niepewne, powolne, ale nie porażne. Leków żadnych zażywać nie chce; wszystko wogóle, co ma smak niezwykły, zaraz wypluwa i wyrzuca. Stan chorego nie zmie-

niał się wcale przez cały czas pobytu w zakładzie. Dnia 1. kwietnia 1890 r. nastąpił nagły zapad, tętno 140, gorączka 40·2° C., dreszcze, duszność znaczna, kaszel i sinica. Badanie wykazało zapalenie płuc, które zakończyło się śmiercią dnia 3. kwietnia o godz. 7. rano.

Oględziny pośmiertne wykazały: Na podstawie mózgu, przy dolnej i tylnej powierzchni obu płatów tyłogłowowych widać ogniska rozmiękłe, płaskie, około 3 cm. szerokie, 5 cm. długie; kora mózgowa jest w tem miejscu zupełnie zniszczona wraz z częścią substancyi białej mózgu. Wytworzone w ten sposób i symetrycznie ułożone jamy wypełnione są cieczą surowiczą i mają podobieństwo do torbieli, których ściany wewnętrzne okazują powierzchnię nierówną, strzępiastą. Na dolnej powierzchni obu płatów skroniowych widać podobne, ale o połowę mniejsze torbiele. Mózg i opony miernie obrzękłe, ostatnie zgrubiałe, zwłaszcza w miejscu opisanych torbieli. Kora mózgowa miernie zwężona, dobrze odgraniczona od substancyi białej, komórki nieco rozszerzone, wypełnione cieczą surowiczą. Cały mózg wraz z oponami waży 1400 gramów. W płacie środkowym i dolnym płuca prawego, jakoteż w dolnym płuca lewego, widać stożkowatego kształtu ograniczone miejsca bezpowietrzne, zbitsze i kruchsze, mocno przekrwione. Podstawy stożków zwrócone są ku opłucnej, wierzchołki zaś ku wnęce płuc. Zresztą płuca mocno obrzękłe a na powierzchni opłucnej, zwłaszcza na podstawie owych stożków, widać nalot wypociny świeżej, włóknikowej; pod opłucną zaś wybroczyny świeże, dość rozległe. Serce niezwykłej wielkości (*cor bovinum*), powiększone we wszystkich wymiarach, najbardziej jednak w lewej swej połowie, gdzie mięsień okazuje się przeszło 3 razy grubszym, niż w stanie prawidłowym, jednakże jest przytem znacznie kruchszym i żółtawo zabarwionym. Osierdzie gładkie, śródsierdzie nieco zgrubiałe, przy zastawkach ćme. Zastawka trójkończysta i dwukończysta miernie zgrubiałe; ostatnia niezupełnie domyka. Zastawki tętnicy płucnej prawidłowe, zastawki półksiężycowe tętnicy głównej o powierzchni nierównej, znacznie zgrubiałe, twarde, niepodatne, częściowo zwapniałe nie domykają należycie. Tętnica główna przeszło 3 razy szersza, bardzo znacznie miażdżycowo zwyrodniała, o powierzchni wewnętrznej bardzo nierównej, chropowatej, z wieloma zaułkami, częściowo pokrytymi skrzepami częścią świeżymi, częścią dawniejszymi, odbarwionymi, przylegającymi do swej podstawy i zmieniającymi się w brodawkowate wyrośle, dosyć kruche i łatwo się odrywające. Tętnice obwodowe, nie wykluczając mózgowych, zwyrodniałe miażdżycowo w mniejszym stopniu. Wątroba znacznie stłuszczona, krucha, przedstawia wybitny rysunek przeciętej muszkatuły. Śledziona miernie powiększona, torebka jej zgrubiała, nieco pomarszczona, miąższ zbitszy z powodu przerostu beleczek tkankołącznowych. Nerka lewa bez widocznych zboczeń; torebka schodzi łatwo, rysunek na przecięciu wyraźny, substancya korowa od rdzeniowej dobrze i wyraźnie odgraniczona. W nerce prawej świeży, stożkowaty zawał krwawy (*infarctus*), podobny jak w płucach.

Obraz ten wyjaśnia dostatecznie wszystkie objawy chorobowe, widziane za życia. Znaczna miażdżyca tętnicy głównej z tworzącymi się skrzepami na jej powierzchni wewnętrznej, dała powód do tworzenia się zatorów (*emboliae*) z następowymi zawałami krwawymi. Pierwsze takie zatory pokazały się w mózgu i to prawdopodobnie równocześnie w czterech jego częściach a mianowicie w tylnych i dolnych częściach obu płatów tyłogłowowych i skroniowych. Po zatorach, które ugrzęzły w substancyi białej mózgu, nastąpiły mocne zawały z następowem zniszczeniem odpowiednich części wraz z substancyą korową do nich należącą. Jakkolwiek substancya środkowa i substancya korowa mózgu zaopatrywane są przez osobne układy naczyniowe, odchodzące od wieloboku tętniczego Willizyusza, to jednak w naczyniach włosowatych kory mózgowej łączą się one znowu razem ze sobą a więc wpływają na siebie wzajemnie. Zatory w substancyi środkowej mózgu musiały sprowadzić częściowe zawały także i w sąsiedniej korze mózgowej a ponieważ wszystkie naczynia tętnicze były znacznie miażdżycowo zwyrodniałe, musiało przyjść do znaczniejszych wybroczyn, które zniszczyły stósunkowo znaczne części kory mózgowej i to właśnie w tych częściach, gdzie mieszczą się ośrodki korowe zmysłu wzroku i słuchu, co sprowadziło wystąpienie nagłe opisanej wyżej ślepoty i głuchoty duszy. Rozdrażnienie ogólne, o którem dowiedzieliśmy się z wywiadów, musiało być skutkiem odczynowego (reakcyjnego) zapalenia po zatorach, względnie po następowych zawałach krwawych. (C. d. n.)

IV. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

I.

Zarys historyczny rozwoju pojęć o przekazywaniu dziedzicznem kiły w XVI., XVII., XVIII. i XIX. stuleciach.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Rozpatrując się w dowodzeniach wymienionych wyżej zwolenników teoryi Huntera, dostrzegamy li tylko teoretyczno-filozoficzne rozumowania i argumenty, faktów zaś i spostrzeżeń przekonywających wcale nie napotykamy; z wywodów tych, częstokroć opartych na wcale dowolnych i fantastycznych przypuszczeniach i domysłach, usiłowali oni wywieść, że kiła wrodzona, dziedziczna wcale nie istnieje, objawy zaś swoiste, spostrzegane niekiedy u dzieci z rodziców kiłowych, dają się wytłómaczyć innemi sprawami chorobowemi. Tak np. Henke utrzymuje, że objawy na skórze, uważane za kiłowe, wywołane są ogólną chèrą; Jörg zaś wprost przeczy możliwości przekazywania dziedzicznego kiły, albowiem, jak powiada, przyrzut kiłowy nie może w żaden sposób przejść od matki do płodu, gdyż ten otoczonym jest w łonie matki zewsząd płynem i zamknięty w błonach, tworzących zupełnie odosobniony worek.

Z pośród późniejszych autorów, sprzeciwiających się uznaniu kiły dziedzicznej, wymienić tu jeszcze należy Meissnera[1]), który utrzymywał, jakoby dotknięci kiłą rodzice nie mogli przekazać choroby, jako takiej, swemu potomstwu; natomiast dzieci ich rodzą się z osłabieniem ustroju i tkanek i wskutek tego zapadają później bardzo łatwo na rozmaite osutki i objawy zołzowe, jakkolwiek przypadłości owe, zdaniem autora, nic wspólnego z kiłą nie mają. Inni idąc za przykładem Meissnera, nie chcąc pogodzić się z istnieniem kiły dziedzicznej, nie mogli wszakże przeoczyć rozmaitych swoistych wrzodów, często napotykanych u dzieci

[1]) Fr. L. Meissner. Die Kinderkrankheiten. Leipzig 1838. str. 154, 155, 362.

rodziców kiłowych; nie wahali się też zaliczyć objawów tych na karb chéry herpetyczno-zołzowej, kiły zaś tu wręcz nie upatrywali (Haar[1]), Kluge[2]). Znaleźli się i tacy, którzy przeczyli nietylko istnieniu kiły wrodzonej, lecz nie uznawali wcale swoistości przyrzutu kiłowego, zaliczając kiłę do rzędu chorób niezaraźliwych i nieudzielających się (Richond des Brus)[3]). Większy jeszcze zamęt w pojęciach ówczesnych o kile wywołać usiłował francuzki autor Jourdan[4]). Zaliczał on również kiłę do rzędu chorób nieswoistych, wszystkie zaś jej objawy przypisywał miejscowemu podrażnieniu i stanowi zapalnemu organów płciowych, który, zdaniem jego, wywoływać miał w następstwie przez sympatyę rozmaite objawy chorobowe w skórze i błonach śluzowych, jakoby mylnie kiłowemi zwane. Nie mamy tu chyba potrzeby nadmieniać, iż Jörg nie uznaje też wcale kiły dziedzicznej.

Zdaniem Devergiego[5]) wszelkie ogólne objawy kiły powstają wskutek tak zwanej flegmazyi; choroba zaś wcale nie bywa przekazywana dziedzicznie i jedynie tylko podczas porodu może się udzielić potomstwu. Ostatnie zdanie Devergiego podzielał dawniej Girtanner, później zaś i Behrend[6]).

Według Desruellesa[7]) i Murphego[8]) kiła dziedziczna wcale nie istnieje, objawy zaś u dzieci kiłowych rodziców są tylko wynikiem leczenia rtęciowego lub też wytłómaczyć się dają sympatycznem schorzeniem skóry i błon śluzowych.

Pauli[9]) twierdził, iż wobec braku wystarczających dowodów za istnieniem kiły wrodzonej przemawiających (?) należy oczekiwać, ażali nie dowiemy się o nowych okolicznościach i spostrzeżeniach, które mogłyby nas dowodnie i naocznie przekonać o istnieniu kiły dziedzicznej.

W najgorszym kłopocie znalazł się sławny francuzki syfilidolog Ricord[10]), gdy usiłował pogodzić niewątpliwe okoliczności, przemawiające na korzyść przekazywania kiły potomstwu, z panującemi ówcześnie pojęciami, przeczącemi istnieniu kiły dziedzicznej. Chcąc albowiem wytłómaczyć całą tę sprawę zawiłą i ciemną, jeszcze więcej ją zawikłał dołączywszy do dawnych teoryj swą własną, której nie można zaliczyć do zbyt trafnych: utrzymywał mianowicie Ricord, że kiła pierwszorzędna rodziców przekazuje się potomstwu w postaci drugorzędnych, drugorzędna zaś kiła rodziców wywołuje u dzieci trzeciorzędne objawy kiłowe, trzeciorzędna zaś kiła rodziców objawia się u potomstwa w postaci zołzów.

Zestawiwszy cały szereg poglądów rozmaitych syfilidologów, przemawiających na korzyść teoryi Huntera, jakoteż rozpatrzywszy się w zdaniach ich przeciwników, przekonaliśmy się, iż corazto bardziej usuwał się grunt pod autorami, zaprzeczającymi istnienia kiły wrodzonej, i corazto trudniej przychodziło im wyszukiwanie dowodzeń teoretycznych, mogących obalić niezaprzeczone fakta ze wszech stron głoszone na korzyść kiły dziedzicznej. A że ostatnich wcale nie brakło, nic więc dziwnego, że teorye Huntera i Girtannera, nie mogły w końcu ostać się wobec niewątpliwie przemawiającej oczywistości. Pod tym względem zasłużyli się nauce obok Mahona, Bertina i innych, już wyżej wymienionych autorów: Bard[1]), Delisle[2]), Doepp[3]), Whitehead[4]), Wallace[5]), Colles[6]), Cooper[7]), Bednař[8]), Putegnat[9]), Diday[10]). Prace ostatnich sześciu autorów utrwaliły i nieco uporządkowały pojęcia o kile dziedzicznej.

Dzięki zaś badaniom i spostrzeżeniom późniejszym Hutchinsona[11]), Rosena[12]), Baerensprunga[13]), Kassowitza[14]), Flindta[15]) i Fourniera[16]) nauka o przekazywaniu dziedzicznem kiły potomstwu oparła się na mocnych i niezachwianych głównych zasadach, jakkolwiek w szczegółach tyczących się etyologii nie zdołano dojść do spodziewanych jednozgodnych wyników.

Dziś więc już nikt chyba nie wątpi o istnieniu kiły dziedzicznej, wrodzonej, z wyjątkiem chyba Hermanna, który oddawna, bo już od r. 1859., prowadzi wprawdzie namiętną, jednak bezskuteczną walkę pod hasłem dawnych Huntera teoryj, powstając przeciwko wszystkim zdobyczom wiedzy syfilidologicznej; przed kilku zaledwo laty przemówił ów sędziwy starzec, znów zabierając głos w sprawie kiły dziedzicznej i ponownie zaprzeczył, iżby miały istnieć ogólne objawy kiłowe, nie wahał się następnie dowodzić, iż kiła nie jest zaraźliwą i nie może przechodzić dziedzicz-

---

[1]) Graefe's und von Walther's Journal. 1839. XXVIII. str. 226.
[2]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. Berlin. 1846. I. 1. str. 18.
[3]) Richond des-Brus. De la non existence du virus vénérien. Paris. 1826/27.
[4]) M. Jourdan. Traité complet des maladies vénériennes. Paris 1826.
[5]) Devergie-ainé. Recherches historiques et médicales sur l'origine, la nature et le traitement de la syphilis. Paris. 1834.
[6]) Archiv f. Syphilis und Hautkrankheiten. 1846. I. 1.
[7]) H. M. J. Desruelles. Traité pratique des maladies vénériennes. Paris. 1836.
[8]) P. J. Murphy. Practical observations thowing that mercury is the sole cause of what is termed secondary syphilis. London 1839. str. 107.
[9]) Pauli. Über Contagiosität und Erblichkeit der Syphilis. Mannheim. 1854. str. 20—43.
[10]) L'Union médicale. 1850. 51.

---

[1]) Archives générales de médecine. 1830. Mars. str. 420.
[2]) Tamże. 1830. Avril. str. 566.
[3]) Medicin. prakt. Abhandlungen von deutschen, in Russland lebenden Aerzten. Hamburg. 1835.
[4]) Whitehead. On the transmission from parent to offspring of some forms of disease and of morbid teints and tendences. London 1851.
[5]) Syphil dologie. 1839. I. str. 185 i następne.
[6]) A. Colles. Praktische Beobachtungen über die venerische Krankheit. Hamburg. 1839. str. 253.
[7]) S. Cooper. Traité élementaire de pathologie chirurgicale. Paris. 1841. str. 427.
[8]) Bednař. Krankheiten der Neugebornen und Säuglinge. Wien. 1853. 4. str. 206.
[9]) Putegnat. Histoire et thérapie de la syphilis des nouveau-nés. Paris. 1854.
[10]) P. Diday. Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. Paris. 1854.
[11]) Ophtalmic Hospit Rep. 1857/59, 1859/60.
[12]) W. von-Rosen. Afkommet of syfilitiske og om genesen al den medfødte syphilis. Kiøbenhavn. 1859.
[13]) F. von-Baerensprung. Die hereditäre Syphilis. Berlin. 1864.
[14]) M. Kassowitz. Die Vererbung der Syphilis. Wien. 1876.
[15]) N. Flindt. Den congenste syphilis med saerliat hensyntil det ved samme supponerede hereditetsforhold. Kjøbenhavn. 1878.
[16]) A. Fournier. Syphilis et mariage. Paris 1880.

nie na potomstwo [1]). Głos jego atoli, jak i dawniej zdarzało się nie raz, przebrzmiał bez oddźwięku, nie wywoławszy żadnego wrażenia wokoło i niezwróciwszy na się żadnej uwagi w literaturze zawodowej.

Jakkolwiek jednak wszyscy poważniejsi syfilidologowie zgadzają się zasadniczo w głównych kwestyach tyczących się przekazywania dziedzicznego kiły potomstwu, w wielu jednak szczegółowych i podrzędnych kwestyach nie osiągnięto do dziś dnia zgodnego porozumienia się; wobec tego zastanawiając się w następnych rozdziałach swej rozprawy nad sposobami powstawania kiły dziedzicznej, postaramy się ściślej i dokładniej zapoznać się ze wszystkimi szczegółami rozwoju i ukształtowania się dzisiejszych naszych pojęć o kile dziedzicznej a więc rozpatrzymy szczegółowiej wszystkie prace, dawniejsze i nowsze. Mając to na uwadze i chcąc unikać powtórzeń przebiegliśmy w niniejszym wstępnym rozdziale w krótkości dzieje ostatnich kilkudziesięciu lat, chociaż one obfitują w bardzo wiele prac, roztrząsających sprawę dziedzicznego przekazywania kiły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

O korzyściach nabywania nauki medycyny sądowej przez prawników i o potrzebie utworzenia stałych posad egzaminowanych lekarzy sądowych przy c. k. Sądach krajowych i obwodowych na podstawie kazuistyki sądowo-lekarskiej. Skreślił Dr. Henryk Kowalski. Tarnów. 1893. Duża 8 ka. str. 66.

Pod powyższym tytułem ogłosił autor rozprawkę zajmującą, bo poruszającą sprawy nader żywotne a ważne.

Po jędrnym wstępie udowadnia autor pierwszą tezę tytułową: o korzyściach nabywania nauki medycyny sądowej przez prawników, szeregiem przypadków sądowo-lekarskich z własnej swej praktyki, w których należyte wyjaśnienie czynu zbrodniczego było wyłączną zasługą sędziów, obznajomionych z zasadami medycyny sądowej. Temat ten godziłoby się jeszcze nieco rozszerzyć i pracę tę zamieścić w łamach zawodowego pisma prawniczego, aby stała się dostępną dla ogółu świata prawniczego, zwłaszcza zaś dla uczniów Wydziału prawniczego.

Część druga pracy, w której autor zwraca uwagę na potrzebę utworzenia stałych posad egzaminowanych lekarzy sądowych przy sądach obwodowych i krajowych, napisana jest treściwie i z prawdziwem zacięciem literackiem. Rozumowanie autora jasne, uwagi cenne i trafne podnoszą tę część, zwłaszcza jako roztrząsającą bardzo żywotny dla lekarzy temat.

Wszakżeż słusznem i sprawiedliwem wydaje się, aby lekarscy znawcy sądowi przy sądach krajowych i obwodowych posiadali w tym względzie zawodowe wykształcenie. Jeśli bowiem dziś przy ogromnym postępie wszystkich gałęzi nauki lekarskiej nie podobna, by jeden lekarz był pod każdym względem wykształcony i biegły tak teoretycznie jak i praktycznie, jeśli wielkomiejska praktyka wymaga dziś specyalistów, toż w pierwszej linii godzi się, aby sprawiedliwość opierała swe sądy na orzeczeniach znawców specyalistów. Zapatrywanie, jakiemu może jeszcze wielu hołduje, ż lekarz praktyczny, biegły w swej sztuce, nie potrzebuje oddzielnych studyów i doświadczenia, aby sprostać wymaganiom sprawiedliwości, jest z gruntu mylnem i fałszywem, bo lekarz nie obznajomiony z zasadami medycyny sądowej, nie śledzący jej postępu, może łatwo popaść w obec trybunału w błąd w skutkach swych dotkliwy.

[1]) Allgem. Wiener medizinische Zeitung. 1882. 19. 20. 22. 24.

To też z prawdziwem uznaniem należy powitać pracę autora, zwłaszcza, że i strona jej techniczna odznacza się językiem gładkim, potoczystym i poprawnym.

Druk i papier bardzo dobre. *Wachholz.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciw krztuścowi (koklúszowi) używali za innymi Burton-Fanning i Stepp z bardzo dobrym skutkiem bromoformu. Pierwszy leczył nim 30 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 8 lat i przekonał się, że już drugiego dnia od zaczęcia zażywania bromoformu były napady kaszlu krótsze i słabsze, ustawały wymioty, wykrztuszanie było łatwiejsze i t. d. Umarło tylko jedno dziecko na zapalenie drobnych oskrzel (*bronchitis capillaris*). Dawano bromoform w zawiesinie (emulsyi) z liposoku tragankowego (*gummi tragacanthae*), syropu i wody, dziennie u dzieci po 0·10 do 0·30, u dorosłych po 1·00 do 1·50. Stepp zaś zadawał dziennie po 5 do 20 kropel w następującej formie:

133) Rp. *Bromoformii guttas* 10
Alcoholi 3·00—5·00
Syrupi simplicis 10·00
Aquae destil. 100·00
MD. in vitro coeruleo.
S. Po jednej do dwóch łyżek zażywać co godzina.

Przeciwko biegunce u gruźliczych i wynędzniałych zaleca Maragliano:

134) Rp. *Calcii phosphorici* 10·00
Tannini 1·00—2·00
Div. in dos. aeq. sex.
S. Wyżyć przez dzień.

Przeciwko świeżym, tak zwanym gośćcowym newralgiom, mianowicie w zakresie nerwu kulszowego, nerwów międzyżebrowych, ale także i nerwu troistego, tudzież w świeżym gośćcu mięśniowym (*rheumatismus muscularis*) zapisuje prof. Domański ze skutkiem po największej części bardzo dobrym, niekiedy nawet świetnym fenacetynę ze salolem i kofeiną (tej w ilości = 10% fenacetyny) mniej więcej według wzoru:

135) Rp. *Phenacetini Bayeri*
Saloli *āā* 2·50—4·00
Coffeini puri 0·25—0·40
M. f. p. in dos. aeq. 10 div.
S. Od 2 do 4 proszków dziennie zażywać.

Przy tym sposobie leczenia nie widziano żadnych nieprzyjemnych skutków ze strony ani fenacetyny ani salolu a prawie zawsze obchodzono się bez wstrzykiwań podskórnych morfiny, co osobliwie dla praktyki na prowincyi niemałej jest wagi.

VI. Wiadomości bieżące.

— Dnia 4. listopada b. r. odbyło się drugie posiedzenie Izby lekarskiej w Krakowie, na które przybyli wszyscy miejscowi i zamiejscowi członkowie.

Na posiedzeniu załatwiono następujące sprawy:

1) Odczytano ułożony przez Wydział projekt statutu i regulaminu dla Izby, który po zrobieniu kilku stylistycznych poprawek przyjęto i uchwalono przesłać c. k Namiestnictwu we Lwowie celem uzyskania zatwierdzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych.

2) Uchwalono budżet dochodów i wydatków na drugie półrocze b. r. oraz na cały rok 1894. Na wydatki nadzwyczajne, obejmujące 9 pozycyj, uchwalono kwotę 1285 złr. w. a., na wydatki nadzwyczajne jednorazowo kwotę 400 złr., t. j. ogółem 1685 złr. w. a.

Wydatki te pokryją w myśl ustawy opłaty lekarzy do Izby należących w ten sposób, że każdy lekarz uiści za drugie półrocze b. r. po dwa złr. w. a. w ciągu dni 14, za r. 1894 zaś po cztery złr. w. a. na raz w ciągu pierwszego półrocza tegoż roku.

— *Gazette médicale de Liège* donosi, że egiptolog prof. Macalisher w Chambridge odczytał na starożytnym papyrusie

egipskim najstarszą na świecie receptę lekarską. Jest to przepis na podniecenie porostu włosów dla matki króla Chata, drugiego z pierwszej dynastyi egipskiej, który panował w roku mniej więcej 4000. przed erą chrześciańską. Recepta ta brzmi: „Wziąć piętek psich, daktyli i kopyt oślich po równych częściach, ugotować w oliwie i tym płynem nacierać mocno skórę włosami pokrytą". — Dowcipny dziennikarz francuski robi tu złośliwą uwagę, że środek ten zapewne nie jest gorszy od dziś używanych a tak szumnie zachwalanych.

— Dr. Capriati, asystent zakładu dla chorób umysłowych w Neapolu, robił tamże systematycznie doświadczenia z Brown-Séquardowskim płynem jądrowym i badał mianowicie jego działanie na tętno, ciepłotę, oddychanie i oporność przeciw zmęczeniu. Doświadczeń tych dokonywano na odpowiednich osobach zupełnie w sposób podany przez Brown-Séquarda za pomocą płynu sporządzonego z jąder młodych, silnych psów i królików. Skutki jednak były niepewne i nieznaczne a autor przypisuje je raczej suggestyi, niż właściwemu działaniu leczniczemu.

— W pracy umieszczonej w *Revue scientifique* zwraca Marvaud uwagę, iż mimo wszelkich usiłowań polepszenia stosunków higienicznych śmiertelność w armii francuskiej jest jeszcze bardzo znaczna i przewyższa znacznie śmiertelność w ludności cywilnej tejże samej płci i równego wieku; gdy bowiem z młodych ludzi cywilnych umiera rocznie 8 na 1000, to że żołnierzy tegoż samego wieku umiera 11 na 1000.

— Akademia wojenno-lekarska w Petersburgu liczy obecnie 22 profesorów zwyczajnych etatowych, 12 profesorów nadzwyczajnych również etatowych, 67 docentów prywatnych, 11 prosektorów, 3 laborantów, 21 asystentów, bibliotekarza z 3 pomocnikami, konserwatora muzeum geologicznego i 3 preparatorów.

— Akademia francuska wybrała w miejsce Charcota do sekcyi lekarskiej profesora kliniki lekarskiej paryskiej Potaina.

— Przed kilkoma tygodniami rozpatrywał sąd okręgowy petersburski skargę znanego prof. Jaegera, wynalazcy wełnianej bielizny trykotowej, przeciw prof. W. A. Manasseinowi, który w wydawanym przez siebie tygodniku lekarskim *Wraczu*, nazwał Jaegera „osławionym szarlatanem albo raczej obłąkanym, który niedawno w pracy przez siebie drukiem ogłoszonej nie waha się utrzymywać, że po woni wydzielin można rozpoznać narodowość, płeć, nałogi i choroby". Prof. Manassein bronił się twierdząc, że w artykule, o który chodzi, spełnił swój tylko obowiązek, jako lekarz i redaktor pisma zawodowego. Sąd wydał wyrok uniewinniający a publiczność zgotowała prof. Manasseinowi huczną owacyę.

— Jakiś stary opiofag chiński przekonawszy się o zgubnych skutkach swego nałogu wyznaczył znaczną nagrodę za wyleczenie zeń siebie. Znalazł się ziomek, który poznawszy u jednego z lekarzy europejskich skutki wstrzykiwań podskórnych morfiny, poddał owego opiofaga działaniu tych wstrzykiwań z wielkiem jego zadowoleniem. To skłoniło szarlatana do podróży do Hongkong i ogłoszenia, iż ma środek niezawodny przeciw nałogowi palenia makowca. Wkrótce tak urosła jego klientela, iż musiał urządzić w mieście 20 oficyn, w których Chińczycy, przeważnie wyrobnicy, dają sobie dziennie nawet po kilka razy wstrzykiwać morfinę. Dopiero zgubne skutki tej nowej u Chińczyków manii skłoniły władzę miejscową do zamknięcia owych oficyn i wydania nakazu, iż morfinę wolno sprzedawać tylko na wyraźne zalecenie lekarskie.

— Pewien przemysłowiec angielski wymyślił antyseptyczne skutki do nosa zrobione z papieru japońskiego i napojone jakimś lotnym środkiem przeciwgnilnym, które, pomijając ich taniość (100 kosztuje 3·75 franków) tę mają dogodność, iż po użyciu można je spalić.

— **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Dr. Herrnheiser habilitował się jako docent prywatny oftalmologii w uniwersytecie niemieckim. **Celowiec.** Dr. Torggler, docent prywatny w Inspruku mianowany profesorem położnictwa w szkole położnych. **Moskwa.** Dr. Aleksander Bobrow, profesor nadzwyczajny chirurgii operacyjnej, mianowany profesorem zwyczajnym chirurgii i dyrektorem kliniki chirurgicznej wydziałowej. Na jego miejsce mianowany profesor i docent prywatny Dr. Diakonow. **Juryew (Dorpat).** Docent uniwersytetu moskiewskiego Dr. Gubarew mianowany profesorem położnictwa i ginekologii. **Newcastle-on-Tyne.** Dr. I. P. Murray mianowany profesorem patologii porównawczej. **Belfast.** Dr. Johnson Symington mianowany profesorem anatomii w *Queens-College*. Dr. W. H. Thomson mianowany profesorem fizyologii. **Bonn.** Prof. Finkelnburg złożył ze względu na swe zdrowie godność profesora.

— **Nekrologia.** Zmarli: Dr. Maurycy Meyer, znany elektroterapeuta berliński i autor jednego z pierwszych podręczników elektroterapeutycznych w Berlinie. Herman Windler, fabrykant przyrządów lekarskich i narzędzi chirurgicznych w Berlinie. Dr. Frerichs, były profesor uniwersytetu marburskiego, bratanek słynnego klinika berlińskiego, w Wiesbadenie.

Sprostowanie. W wykładzie prof. Gluzińskiego *Przegląd lek.* Nr. 43, str. 553, szp. I., w. 14 od góry zamiast „prowadzi przez patologię szczegółową", powinno być „prowadzi i przez patologię szczegółową".

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 18. Listopada 1893. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w *Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, w *Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 197 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. Wytworzenie przetoki pochwowo-odbytnicowej z zastawką.

Przez

Prof. Rydygiera.

(Według odczytu na V. zjeździe chirurgów polskich).

Przed kilku laty musiałem z powodu raka usunąć całą cewkę wraz ze szyjką pęcherza. Ażeby uwolnić pacyentkę od następowego obrzydliwego ściekania moczu i jego następstw, pozostawał stary sposób wytworzenia przetoki pochwowo-odbytnicowej z następowem zamknięciem pochwy (*occlusio vaginae*). Pozostaje wówczas jeszcze niestety niebezpieczeństwo z tego względu, że kał równie dobrze może dostawać się do pochwy i do szeroko otwartego pęcherza, jak i mocz do odbytnicy. Aby temu zapobiedz, zakreśliłem sobie następujący plan operacyi:

Na tylnej ścianie pochwy zaznacza się trójkątny płat, którego mostek odżywczy leży u góry w sklepieniu pochwy. Wielkość płatu oznacza się według odległości i szerokości pochwy; nie powinien wypaść nigdy za małym. Płat wycina się z całej grubości ściany pochwowo-odbytnicowej tak, że następnie powstaje szeroka trójkątna przetoka pochwowo-odbytnicowa. Trójkątny płat obrąbia się (błonę śluzową odbytnicy zeszywa się z błoną śluzową pochwy) i zapuszcza do odbytnicy. Następnie zeszywa się trójkątną przetokę od dołu ku górze tak daleko, że tylko u góry pozostaje mały, lejkowaty otwór, przez który może się wylewać mocz z pochwy do odbytnicy. Zwieszający się w odbytnicy kończysty płat zapobiega dostawaniu się kału z odbytnicy do pochwy, gdyż przy parciu od strony odbytnicy przylega do przetoki i zamyka ją. Otwór jednak nie powinien być zadużym, ponieważ wówczas płat zastawkowy bardzo łatwo może być wypartym napowrót do pochwy.

W moim drugim przypadku górne szwy przy zmniejszaniu przetoki puściły, przez co pozostał u góry duży otwór, przez który zastawka mogła przemknąć się napowrót; wówczas po odpowiedniem odświeżeniu końca zastawki i błony śluzowej poniżej przetoki, przyszyłem go od dołu do błony śluzowej odbytnicy tak, że przemknięcie się napowrót było niemożliwem; po obu tylko stronach płatu pozostały otwarte ukośne szpary.

Gdym się przekonał, że przetoka z zastawką dobrze funkcyonuje i zabliźniły się brzegi rany, w obu przypadkach jako ostatni akt wykonałem zwykłym sposobem zamknięcie pochwy (*occlusio vaginae*), gdyż w obu przypadkach miałem do czynienia z rakiem cewki i szyjki pęcherza, którego usunięcie wymagało odcięcia cewki i dolnej części pęcherza, a w rezultacie miałem zadanie przywrócić zdolność zatrzymywania moczu (*continentiam urinae*).

W moim pierwszym przypadku (prywatna pacyentka) nie można było w zupełności przeprowadzić planu operacyjnego, gdyż pacyentka straciła cierpliwość, zanim zamknięcie pochwy doprowadzono do końca.

U drugiej pacyentki pozostała tylko przetoka po szwie przy zamknięciu pochwy; przetokę tę zeszyje się po feryach; większa część moczu odpływa przez odbytnicę.

Przez dłuższy czas będę szukał sposobności, aby módz jak najwcześniej donieść o zachowaniu się nerek i o czynnościowej sprawności odbytnicy.

II. Z kliniki położniczej we Lwowie.

O cięciu cesarskiem.

Podał

prof. Dr. A. Czyżewicz.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45.)

Na dowód, że bezwładność macicy po jej wypróżnieniu inne ma przyczyny, jak operowanie w braku bólów porodowych przedwczesne lub ściągnięcie jej podwiązką elastyczną, posłużyć może mój przypadek trzeci, metodą Saen-

gera operowany. Chorą przywiezioną z odległości przeszło 20 mil i to koleją i wozem, już w bólach porodowych zastałem; odcinek główki po odpływie wód we wchodzie nieruchomy. Operacya zatem wykonaną była po dłuższem już trwaniu czynności porodowej; macicę ściągano rękami a przecież ta macica po jej wypróżnieniu, pomimo braku podwiązki elastycznej, pomimo użycia środków kurcze wywołujących, nawet po wytamponowaniu jej gazą jodoformową wedle Dührssena, używanego bezskutecznie także przez V. Stählego w Bernie [1]), Dohrna [2]) w Królewcu, Fritscha, v. Otta, Saengera, Traubego i innych, tak się nie obkurczała, że nie wiele brakowało, abym zaszytą już macicę obciął sposobem Porry, jak to zresztą uczynił Fasola we Florencyi a zalecali Blanc i Staude. Wcale się nie dziwię Russowi i Wyderowi [3]), którzy właśnie bezwładność macicy jako wskazanie do operowania metodą Porry postawili a przypadki opisane przez Treuba (2 śmierci z krwotoku z bezwładności), Staehlego (1 śmiertelny), uprawniają zupełnie do takiego postępowania. Tak również zapatruje się na tę sprawę Staude i wielu innych a Lomer dochodzi nawet do nieco śmiałego wniosku, aby przy krwotokach najgroźniejszych z bezwładności macicy po porodzie wykonać laparotomię i odcięcie macicy. To wszystko jednak nie przekonywa przeciwników metody Porry a niechęć do niej doprowadziła Koksa w obronie cięcia klasycznego tak daleko, że nawet w podobnie rozpaczliwej bezwładności macicy radzi, odświeżając myśl Saengera, a właściwie Frank-Beaucampa, robić sztuczne wynicowanie macicy z jej konstrykcyą. Doprawdy dużo łatwiej i prościej podwiązać ją i odciąć.

Jest to drugi dział przypadków, w których sposób przez Porrę podany bezwzględnie przewyższa metodę klasyczną i te właściwie działy powinno się jedynie porównywać co do wyniku śmiertelności między oboma sposobami operowania. Reszta wskazań, które usiłowano ustanowić dla metody Porry, są to przypadki, w których nie operuje się w równych okolicznościach. Tu należą: gnilne zakażenie macicy (Klewitz, Blanc, Staude, Lohnlein), rak lub mięsak macicy (powyżsi i Hofmaier), zwężenie i zrośnięcie pochwy (powyżsi i Weydlich), oraz ciąża w jednym rogu dwurożnej macicy (Blanc). Są to wskazania, w których cięcie klasyczne nie może mieć żadnego celu i nikt innej, jak metody Porry nie obierze. Obie więc metody mają równą przynajmniej wartość, dopełniają się wzajemnie a wybór należy zostawić operującemu. Bezwzględnie używałbym metody Porry w razie potrzeby cięcia cesarskiego:

1) w osteomalacyi, aby uniknąć kastracyi osobnej;

2) w dającej się z góry obliczyć bezwładności macicy po jej wypróżnieniu. W razie nieobliczenia jej z góry, nie wahałbym się podczas operacyi dla zatrzymania krwotoku zmienić metodę;

3) w przypadkach, w których odjęcie całej macicy jest wskazane a to w celu usunięcia nowotworu albo ogniska gnilnego.

Wyłączne zachowanie dla metody Porry przypadków znacznego zwężenia lub zrośnięcia pochwy, jak chcą Klewitz, Weydlich, Blanc, Lohnlein, ciąży w jednym rożku dwurożnej macicy wedle Blanca i bezwzględnego ścieśnienia miednicy (*absolute Beckenenge*), jak sobie życzy Staude, nie uważałbym za odpowiednie. Ustanowienie tych wskazań mogło mieć jedynie na oku sprowadzenie stałej niepłodności i uniknięcie operacyj powtórnych. W takich razach należy pozostawić wybór metody operatorowi, jego ocenieniu właściwości każdego przypadku, możności lub niemożności usunięcia zboczenia innym zabiegiem operacyjnym, nareszcie jego poglądom na etykę lekarską. Gdyby całą tę grupę przypadków zachować dla metody Porry, toby cięcie klasyczne można wykonać jedynie ze wskazań względnych, co wydaje mi się niewłaściwem. Dużo więcej usprawiedliwionem byłoby stałe wywołanie niepłodności metodą Porry w przypadkach rozpaczliwej eklampsyi, w której tak zmiany chorobowe między ciążami, przebieg poprzednich ciąży i porodów, jakoteż forma groźna wystąpienia, nie dają prawdopodobieństwa, aby następne ciąże były dla matki mniej niebezpieczne.

Muszę jeszcze choć pobieżnie dotknąć pytania, kiedy należy wykonać cięcie cesarskie, naturalnie w przypadku, w którym rozstrzygnięcie tego zależy od operującego. Tu należy w całości przyjąć zdanie Leopolda, że najstosowniejszym czasem do operacyi wedle obu metod jest początek porodu, wobec zupełnie niezakażonej macicy z dodatkiem Kellyego, ile możności przed odpływem wód płodowych, co zresztą i tak się wydarza w prawidłowym przebiegu porodu. Warunek podany przez H. Trauba aby operować, kiedy są dobre skurcze macicy, nie zawsze jest możebnym a może być nawet szkodliwym, jak to już wykazałem, odwołując się na swój drugi przypadek. Harris radzi także operować podczas ciąży. Jest to u zwolennika metody Porry naturalnem, bo przy tej metodzie nie widzę koniecznego powodu wyczekiwania porodu, jakkolwiek sam to uczyniłem.

Teraz przystępuję do opisu swoich trzech przypadków. Wszystkie skończyły się wyzdrowieniem matek, które z żywemi i rozwiniętemi dziećmi opuściły klinikę. Wyniku tego nie przypisuję wcale technice operacyjnej, tylko jedynie znakomitej asystencyi, jaką miałem podczas operacyi i bardzo starannemu pielęgnowaniu chorych w czasie pooperacyjnym i dlatego twierdzę, że operacya cięcia cesarskiego nie jest trudną, jeśli się ją robi w takich okolicznościach. Nawet umieszczenie moich operowanych nie odpowiadało wymaganiom dzisiejszym. Musiałem częściowo operować i umieszczać chore w oddziale cudzym, lub w pokoju na prędce przygotowanym, bo umieszczenie mojej kliniki nie zezwalało na inne wyjście.

I. Bine T., lat 37, izraelitka, żona wyrobnika z Jezupola, przybyła do kliniki dnia 11. maja 1891., o godzinie 9. rano. Pierwsza regularność w 15. roku życia, zawsze dotąd prawidłowa, ciąża 6. Kiedy ustała regularność, nie wie. Pierwsze 2 porody prawidłowe, następne 3 ciężkie i to każdy następny cięższy od poprzedniego. Wszystkie 3 ukończone sztuką, dzieci nieżywe. Od kilku lat cierpi osłabienie fizyczne i mocne bóle w kościach nóg, miednicy i kręgach klatki piersiowej. Bóle podczas ciąży mocniejsze, po porodzie słabną. W ciąży 5. chód był już długi czas niemożebny a obecnie zaledwo się porusza. Długość ciała 140 cm. Odżywienie nędzne, mięśnie wychudłe; ciepłota prawidłowa, tętno 100 na minutę. Kości żeber, kończyn dolnych i miednicy za dotykaniem bardzo bolesne. Stos kręgowy w części lędźwiowej okazuje znaczne wygięcie ku przodowi (*lordosis*). Kość krzyżowa sterczy mocno ku tyłowi, prawie pod kątem prostym, z kręgami lędźwiowemi spojona. Miednica mocno pochylona, brzuch bardzo obwisły, kończyny dolne ustawione w addukcyi, z rotacyą na zewnątrz. Utrzy-

[1]) Centrbl. f. schweizer. Aerzte. 21. 1891.
[2]) Centrbl. f. Gynaek. 8. 1892.
[3]) Archiv. f. Gynaek. XXXV. 3. H.

muje tułów na nogach chwiejnie, chód niepewny. Macica dnem 8 cm. powyżej pępka, wyraźnie się obkurcza. Główka płodu ruchoma nad spojeniem łonowem, ustawienie czaszkowe I. ruchome, tętno płodu wyraźne. Od 12 godzin słabe bóle. Badanie wewnętrzne wykazuje spojenie łonowe w kształcie dzióba. Kości łuku łonowego tak do siebie zbliżone, że z trudnością palec badający i z oporem tylko przepuszczają. Pochwa wydłużona, część pochwowa macicy przedstawia rąbek rozpulchniony, ujście zewn. macicy bardzo wysoko, przepuszcza koniec palca, którego do główki nie dopuszcza ścieśniony łuk łonowy. Kość krzyżowa płaska, ku tyłowi odchylona, jej wzgórek mocno do wchodu miednicy wciśnięty.

Wymiary miednicy: *diamtr. interspin. 19 cm., intercrist. 25, intertroch. 23 cm., Conj. extr. 16 5 cm., diagonal. 7*, wysokość spoj. łon. $5\frac{1}{2}$ cm.

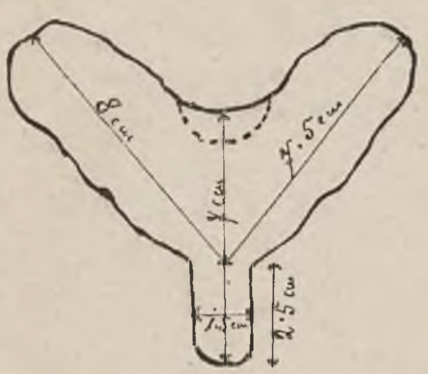
Odległość gałęzi łuku łonowego od siebie 1·5 cm.

Odległość dolnego brzegu spojenia łonowego od guza siedzeniowego po obu stronach 7 cm.

Rozpoznanie: Rodząca z poł. czaszkowem I. ruchomem obok miednicy osteomalatycznej, w największym stopniu ścieśnionej, bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego.

Kształt wchodu miednicy — wymiary w połowie naturalnej wielkości.

prawo



lewo

Około 12. w południe wyraźne skurcze macicy w odstępach długich, słabe. Kąpiel. Około 4. po poł. sączy się woda płodowa, o 6. operacya. Ułożenie chorej na stole operacyjnym po poprzedniem wypróżnieniu jelita odchodowego i pęcherza; dokładne oczyszczenie pola operacyjnego sublimatem 1°/₀₀. Cięcie w linii środkowej 15 cm. długie, mało naczyń krwawiących, cięcie otrzewnej, rozszerzenie jej nożyczkami zgiętemi po palcach ku dołowi. Sieć i jelita utrzymane w jamie brzusznej ciepłemi kompresami sublimatowemi. Wydobycie macicy przed powłoki brzuszne, zaciśnięcie rękami asystenta, cięcie w dnie jej aż do błon jaja płodow.; rozszerzenie rany nożyczkami ku dołowi, łatwe wydobycie za nogi płodu, słabo omdlałego, zaraz docuconego, odpępnienie, szybkie odklejenie łożyska, wydobycie popłodu. Macica wyczyszczona gazą jodoformową, obkurcza się dostatecznie, krwawienie nieznaczne. Założyłem głębokie szwy węzełkowe, daleko od brzegu rany, bez ujęcia błony doczesnej, przez otrzewną, między temi płytkie węzełkowe, z których dwa przy ściąganiu przedarły nader kruchy żółtawy miąższ macicy tak, że nowe musiałem założyć. Macica po zupełnem uwolnieniu od zaciśnięcia nie krwawi. Szew ciągły jedwabiem, łączący oba brzegi naciągniętej otrzewnej, pokrył ranę jej miąższu *(sero-seroese Nath)*. Oczyściwszy ranę dokładnie, podwiązałem partyami *perimetrium* około jajników po jednej i drugiej stronie i odjąłem oba przypiekadłem Paquelina. Oczyszczenie jamy brzusznej wodą borową 3%, żadnego krwawienia, zatopiłem macicę w jamie. Na powłoki brzuszne 4 głębokie szwy tamponikowe bez ujęcia otrzewnej i szew kuśnierski. Opaska uciskowa zwykła. Operacya trwała 45 minut. Dziecko płci żeńskiej 2100 grm., 50 cm. długie. Obwód główki 32 cm. Wymiar prosty 10·5 cm., poprzeczny 8·5, ukośny 11·25. Łożysko 500 grm., 18 cm. długie, 17 cm. szerokie, pępowina chuda, długa na 42 cm.

Chora po obudzeniu się spokojna, przeniesiona, dostała lód z winem. W nocy 8 razy wymioty, makowiec.

12. maja rano tętno pełne 130, ciepłota 37·2, wieczór 38, ciągłe wymioty; wino tokajskie, makowiec, odprowadzenie moczu.

13. spała w nocy, tęt. 130, ciepł. 36·7, wiecz. 38·2, po południu 2 razy wymioty, odchody prawidłowe.

14. bóle w kończynach dolnych ustały, w żebrach zmalały, bez wymiotów, ciepł. w. 38·5, rosół.

15. ciepł. 37·8, w. 38·5, odbijanie.

16 tak samo, raz wymioty.

17. dwa stolce w nocy, po poł. znów 2; ciepł. rano 37·8, wiecz. 38, tęt. 130.

18., 19. ciepłota jak wyżej, stolec, stan dobry. Wyjęto szwy głębokie, z otworów tychże sączy się ropa. Odchody połogowe także ropne. Stłumienie w okolicy prawego jajnika.

20. Poniżej pępka szwy na długości 3 cm. puściły, z otworu wydziela się ropa, ropień między powłokami brzusznemi, wytamponowany gazą jodoformową. Ciepł. rano 37, w. 38, silne wymioty.

25. dren do jamy ropnej, wymioty.

26. ciepł. rano 38·4, w. 38·4. Przez dren sączy się wydzielina cuchnąca. Wyjęcie drenu, wprowadzenie gazy jodoformowej.

27. wymioty. Z przyczyny braku stolca lawatywa bez skutku, bez gorączki.

29. stan bezgorączkowy, brak stolca, czasami wymioty.

30. t. j. 19 dzień po operacyi ciepłota prawidłowa, dla braku stolca lawatywa wywołała wymioty, olej rącznikowy zrzuciła, o g. 7. wieczór kalomel 0·10; o g. $8\frac{3}{4}$ wieczór nagle bezprzytomność, poty zimne, zapad, czkawka, wejrzenie umierającej, oddech atoli równy, tętno 120 pełne, uderza regularnie. Eter podskórnie, gorące okłady. Dopiero koło 4. rano polepszenie.

31. osłabienie, przytomność zupełna, w ciągu dnia 2 stolce, raz wymioty. Ciepłota w. 37·5. Z otworu ropnia obfita wydzielina, zgłębnik wykazuje przewód w kierunku jajnika prawego.

Od 2. czerwca stan całkiem dobry. Stłumienie w okolicy jajnika prawego ustąpiło. Jama ropnia i kanału zatokowego codziennie maleje. Żąda pożywienia, które znosi, i widocznie przybiera ciała. Z ropnia od czasu do czasu wychodzą nitki. W takim stanie dla odżywienia trzymałem chorą cały miesiąc. 7. lipca przetoka prawie zagojona. 1. sierpnia kąpiel, 11. sierpnia opuszcza klinikę zdrowa, z dzieckiem dobrze odżywionem. Przypady zmiękczenia kości (osteomalacyi) ustały zupełnie.

Cały przebieg gojenia był przewlekły, jakkolwiek już 2. czerwca t. j. 23 dni po operacyi chora mogła wygodnie opuścić klinikę. Chciałem ją i dziecko odżywić, co było w domu niemożebnem. Jako powikłanie wystąpił ropień pod pępkiem, bez wątpienia komunikujący z raną odciętego jajnika prawego. Ztamtąd wyszło ograniczone zapalenie otrzewnej i ztamtąd odchodziły nitki szwów. Jako niezwykłe i jasno nie wytłómaczone zjawisko, wystąpił w 19. dniu po operacyi, bez przyczyny zapad nagły, bez żadnych objawów krwotoku wewnętrznego, który dalszy przebieg stanowczo wyklucza. Ten przypadek kwalifikował się lepiej do metody Porry. (Dok. nast.)

III. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43.)

Można sobie wyobrazić, że w ośrodkach zmysłowych korowych ustalone są obrazy zmysłowe podobnie, jak ustala się obrazy różnych przedmiotów na płytach fotograficznych,

lub różne dźwięki i tony na fonografie. Te ustalone obrazy może umysł odtwarzać w każdej chwili i to albo w całości, albo częściowo i tworzyć sobie z nich różne kombinacye a nawet wytwarzać nowe obrazy, złożone z części tych dawniejszych, ustalonych obrazów. Takie obrazy, wytworzone wyłącznie za pośrednictwem wyobraźni, nie mają jednak nigdy dostatecznej siły i wyrazistości zmysłowej i dlatego umysł potrafi je odróżnić od rzeczywistych obrazów zmysłowych. Te obrazy wyobraźni możnaby porównać z obrazami zamglonemi lub zdala pochodzącemi i dlatego niewyraźnemi a ten brak wyrazistości może pochodzić ztąd, że przy pracy czysto duchowej następuje przekrwienie czynnościowe w zakresie znacznej części kory mózgowej, które przeto nie może być tak silne, jak przy czynności czysto zmysłowej, która ogranicza się zawsze tylko do b. małego miejsca w korze mózgowej. Przypominając sobie cokolwiek, musimy sobie przedstawić cały szereg dawnych obrazów ustalonych w różnym czasie, o śladach często zatartych i barwach spłowiałych i dlatego takie obrazy zmysłowe muszą być pozbawione siły i wyrazistości właściwej tylko całkiem świeżym obrazom.

We śnie, t. j. w czasie, gdy spoczywają komórki kory mózgowej, służące do czynności czysto duchowej, następuje niedokrewność całej kory mózgowej a natomiast występuje przekrwienie ośrodków zmysłowych podkorowych, które dlatego stają się bardzo czułemi na wszelkie zadrażnienia. Wskutek tego łatwo powstać mogą obrazy zmysłowe mające cechę i wyrazistość rzeczywistych obrazów zmysłowych; a ponieważ one pochodzą od zadrażnienia ośrodków podkorowych t. j. od obwodu, więc rzucone zostaną na zewnątrz, jak się to zawsze dzieje z rzeczywistemi obrazami zmysłowemi.

Obrazy zmysłowe wyobraźni dla braku swej wyrazistości, która pochodzi z braku równoczesnego podrażnienia odpowiednich ośrodków zmysłowych podkorowych, nie bywają rzucane na zewnątrz i dlatego mówimy, że je mamy w głowie. Jeżeli wyjątkowo zdarzyć się może, że niektórzy rzeźbiarze i malarze potrafią obrazy, wytworzone w wyobraźni, rzucić w przestrzeń i nadać im siłę i wyrazistość rzeczywistych obrazów zmysłowych, to dzieje się to mojem zdaniem dlatego, że ci ludzie w owym czasie zupełnie niczem innem się nie zajmują i zupełnie na nic nie zwracają uwagi, oprócz na owe obrazy wyobraźnią wytworzone. Możnaby powiedzieć, że ludzie ci są w tym czasie w stanie sennym a przynajmniej półsennym. W czasie takiego stanu części kory mózgowej służące do czynności czysto duchowej są w uśpieniu a więc niedokrewne; przekrwione zaś są głównie te części kory mózgowej wraz z odpowiedniemi ośrodkami podkorowemi, w których jest wytworzony dany obraz.

Obrazy takie mają zatem podobieństwo do obrazów sennych, a różnią się od nich tem tylko, że są dowolnie i świadomie wytworzone. Ponieważ zaś wyjątkowo mogą być nawet rzucone w przestrzeń świata zewnętrznego, więc mają zupełne podobieństwo do rzeczywistych omamów zmysłowych a ponieważ są wytworzone drogą psychiczną, otrzymały przez Baillargera nazwę omamów psychicznych czyli duchowych. Ten sposób powstawania omamów przemawiałby pozornie za zdaniem wyznawców teoryi duchowej, że omamy zmysłowe przychodzą do skutku drogą wprost przeciwną, niż prawidłowe rzeczywiste obrazy zmysłowe t. j. od ośrodka korowego ku obwodowi. Powstawanie ich można sobie jednak tłómaczyć także w inny sposób, prawdopodobniejszy i naturalniejszy.

Wiadomo wszystkim, że im częściej i dłużej pewne przedmioty na zmysły nasze działają, tem stają się ich obrazy wyrazistszemi i dokładniejszemi i tem łatwiej i wybitniej dają się odtworzyć w pamięci. Na tej podstawie uczymy się różnych rzeczy na pamięć do tego stopnia, że je możemy, jak pacierz powtarzać nawet bezmyślnie, a często i mimowolnie.

Słabe nawet zadrażnienia mogą bardzo łatwo pobudzić do czynności właściwe drogi zmysłowe. Jeżeli drogi te staną się skutkiem jakichś wpływów nadmiernie czułemi, w takim razie zadrażnienie to wystąpi tem łatwiej. Szum wiatru np. może sprawić, iż wymówione wyrazy zostaną usłyszane, niewyraźny przedmiot w polu widzenia może być przyczyną obrazu przedmiotu, który najbardziej w danej chwili zajmuje wyobraźnię naszą i t. p. Krótko mówiąc przeczulica organów zmysłowych może sprowadzić bardzo łatwo złudzenia zmysłowe. Jeżeli na takie nadczułe narządy zmysłowe działać będą jakieś podniety niewłaściwe w samym ustroju powstałe, lub sztucznie wywołane, wytworzą się omamy zmysłowe złudzeniowe a nawet i rzeczywiste. Nie dziw więc, że treścią omamów zmysłowych bywają zazwyczaj przedmioty zmysłowe, najczęściej w wyobraźni się powtarzające. Obrazy te będą się tworzyły automatycznie tak, jak dużo ruchów naszych staje się z czasem automatycznemi dlatego tylko, że się ciągle w ten sam sposób powtarzają.

Tu należy bezwiedne często nakręcanie zegarka o pewnym czasie, zamykanie mieszkania za wyjściem i t. p. czynności, o których często nawet nie wiemy, czyśmy je wykonali, czy nie. Najwięcej podobieństwa ze stanem chorobowym, jaki okazuje się przy występowaniu złudzeń i omamów zmysłowych, widzimy we śnie. Sen może być zupełny albo częściowy; w pierwszym razie spoczywają wszystkie części służące do dowolnego życia organizmu, tylko życie automatyczne, t. j. życie roślinne, czyli wegetacyjne utrzymuje się jeszcze. W drugim razie spoczywa tylko kora mózgowa, gdy ośrodki podkorowe już wypoczęły a nawet znajdują się w stanie podwyższonej drażliwości t. j. w przeczulicy (*hyperaesthesis*). Tylko bardzo silne wrażenia zmysłowe mogą działać na ustrój uśpiony zupełnie i pobudzić go do obudzenia się i do wykonywania czynności odpowiednich.

W czasie snu niezupełnego działają na ustrój już bardzo słabe podniety zmysłowe, nieco silniejsze z nich budzą organizm zupełnie, słabsze natomiast pobudzają do czynności tylko odpowiednie ośrodki zmysłowe, zostawiając cały zresztą ustrój w dalszym spoczynku. Czynność zmysłowa we śnie ogranicza się jednak tylko do odtwarzania dawnych obrazów zmysłowych, ustalonych w korze mózgowej. Ponieważ odtwarzanie to następuje nie skutkiem działania pracy duchowej a więc nie ma źródła swego w pierwotnem zadrażnieniu ośrodków korowych, lecz pochodzi od zadrażnienia ośrodków podkorowych, zdawać się nam będzie, że odpowiednie obrazy zmysłowe pochodzą od przedmiotów świata zewnętrznego i będą dlatego rzucane w świat zewnętrzny.

To, co się nam śni, może polegać na tej samej podstawie, co powstanie złudzeń i omamów zmysłowych. Jeżeli w czasie snu naszego ktoś z otoczenia zapali świecę, może ten blask wywołać obraz senny pożaru; jeżeli kto koło nas szepcze, lub robi jakikolwiek inny szelest, może powstać z tego powodu obraz senny wojny lub jarmarku i t. p. Je-

żeli nas kto dotyka, może to wywołać obraz senny napadu na naszą osobę przez rabusiów i t. p.

Wspomiane obrazy senne będą miały źródło swe w podnietach rzeczywistych t. j. właściwych świata zewnętrznego; będą to więc złudzenia senne.

Obrazy takie powstać mogą jednakże i bez podniet zewnętrznych skutkiem działania jakichś, nieznanych nam jeszcze dokładnie, podniet czysto wewnętrznych, powstałych w samym ustroju a działających gdziekolwiek w drodze przewodnictwa zmysłów, począwszy od obwodowych aż do podkorowych ich zakończeń włącznie; będą więc miały źródło swe w działaniu podniet niewłaściwych. Takie obrazy senne możnaby nazwać omamami sennemi, a tworzyć się one będą zupełnie na tej samej podstawie, co rzeczywiste omamy zmysłowe. Bardzo rzadko obrazy senne tworzą się skutkiem pierwotnego zadrażnienia kory mózgowej, gdyż ta we śnie zawsze prawie spoczywa i pobudzaną jest do czynności tylko o tyle, o ile obwodowe części narządów zmysłowych a szczególnie ich ośrodki podkorowe, zniewalają ją do tego.

Że omamy nie przychodzą do skutku przez podwyższenie czynności wyobraźni, dowodzą wedle Hagena następujące spostrzeżenia.

1) Omamy przedstawiać się mogą niekoniecznie w formie wyraźnych obrazów zmysłowych t. j. wyobrażeń, ale także w formie niewyraźnego tylko poczucia zmysłowego, jak np. w postaci punktów, gwiazd, iskier, plam świetlnych lub barwnych, pasów, pręg i obłoków, albo też niewyraźnego szmeru, szelestu, brzęku, dzwonienia, syczenia, szeptania i t. p. Podobne niewyraźne poczucia zmysłowe tyczyć się mogą także innych zmysłów a szczególnie czucia podmiotowego i dają powód do różnego rodzaju błędnych wyobrażeń. Omamy te nazywa Hagen omamami nieokreślonemi lub niewyraźnemi.

2) Tak wyraźne jak i niewyraźne omamy zmysłowe pojawiać się mogą w zmysłach parzystych jednostronnie tylko, np. na jednem oku, jednem uchu i t. p.

3) Obrazy omamowe okazują często różne ruchy, chociaż wyobraźnia nie jest skłonną do takiego przestawiania rzeczy np., ruch gwiazd, domów i t. p.

4) Znane są omamy wzrokowe, które znikały po zamknięciu powiek, albo po przyćmieniu pokoju. Gdyby omamy te miały swe źródło w samej tylko wyobraźni, musiałyby raczej zwiększać się, niż znikać w tych okolicznościach. W przeważnej liczbie przypadków widzimy istotnie większe nasilenie się omamowe o zmroku i w samotności a więc w czasie, gdy przedmioty zewnętrzne mniej na nasze zmysły działają; pochodzi to jednak nie z tego powodu, że w tym czasie wyobraźnia nasza jest bardziej czynną, ale ztąd, że w braku działania właściwych bodźców zmysłowych potęguje się działanie niewłaściwych.

5) Jeżeli omamy zmysłowe okazują się także po zniszczeniu obwodowych części narządów zmysłowych, to z tego nie wynika jeszcze, że pochodzą one z działania wyobraźni; zdania tego możnaby dowieść wtedy tylko, gdyby udowodniono obecność omamów zmysłowych, mimo zniszczenia ośrodków podkorowych odpowiednich zmysłów.

Natomiast uczy doświadczenie (*Graefe Ophthalmologische Mittheilungen Berl. med. Wochenschrift 1867. Nr. 31.*), że silne i częste omamy wzrokowe, wywołane chorobą gałki ocznej, ustąpiły zupełnie po jej wyłuszczeniu.

6) Gdyby wyobraźnia stanowiła wyłączne źródło omamów zmysłowych, musiałyby one być bardzo częstem zjawiskiem, a tymczasem nie okazują się one prawie nigdy u osób zupełnie zdrowych. Porównywając z omamami różne podobne stany, kończy Hagen temi słowy:

Po uchyleniu wszystkich możliwych zamięszań należy rozumieć przez wyraz omamy podmiotowe spostrzeganie istotnych obrazów zmysłowych, (do czego wliczyć należy także tony, wyrazy i różne wrażenia czuciowe) obok równoczesnego i równie wybitnego odczuwania rzeczywistych t. j. przedmiotowych wrażeń zmysłowych. Częstość pojawiania się omamów zmniejszy się znacznie, gdy się trzymać będziemy tego pojęcia w ocenieniu rzeczy a ponieważ w tej sprawie postępuję sobie w każdym z osobna przypadku zawsze z wielką oględnością i niedowierzaniem, przeto nie udało mi się spostrzegać omamów tak często jak innym. Poważam się nawet pójść tak daleko, iż wypowiadając swoje własne w tym względzie przekonanie, oświadczam, że w wielu przypadkach, gdzie rozpoznano omamy, rozpoznanie to nie tylko było błędnem, ale nawet zjawisk samych nie przedstawiano dokładnie i dosyć ściśle i krytycznie.

Co do siebie, zgadzam się zupełnie na przytoczone wywody Hagena i podzielam całkowicie wszystkie jego przytoczone tu zapatrywania a opierając się na licznych własnych spostrzeżeniach, potwierdzam również i inne rzeczy, na które Hagen zwraca uwagę, a mianowicie, że często bredzenia obłąkanych, powstałe na tle urojeń, można uważać za omamy, chociaż w tym razie ani o obecności omamów, ani nawet złudzeń mowy być nie może. Często chorzy umysłowo przejmują się tak dalece swemi marzeniami i myślami, że nie wiele zwracają uwagi na rzeczywistość; rozmawiają głośno sami ze sobą, żywo gestykulują i jak artyści dramatyczni odgrywają rolę postaci wymarzonych, uważając się chwilowo za osoby istotnie działające i pewnem niezwykłem a nawet niemożliwem stanowiskiem obdarzone. Patrząc na te osoby, zdawaćby się mogło, iż one działają pod wpływem omamów zmysłowych, t. j. widzą, względnie słyszą istotnie osoby, z któremi tak żywo kłócą się i sprzeczają lub rozmawiają albo też oddają im pokłony pozdrowienia, względnie wydają różne rozkazy i t. p. Często postępują chorzy w ten sposób wtedy tylko, gdy im się zdaje, że nikt ich nie widzi i nikt na nich uwagi nie zwraca a powstrzymują się w swych czynnościach na widok lekarza i innych osób. Dzieje się to zazwyczaj tylko w początku lub nie tak bardzo w rozwiniętym stopniu choroby; później wcale już nad sobą panować nie mogą. Zapytani jednak, z kim rozmawiają i kogo przed sobą widzą, odpowiadają, że nie widzą nikogo obcego i rozmawiają sami ze sobą. Osoby drażliwe, gniewne i porywcze postępują w ten sposób nieraz w stanie zdrowia umysłowego, zwłaszcza jeżeli nie są dobrze wychowane i wykształcone i ulegają łatwo chwilowemu uniesieniu się. Widzimy je często głośno rozmawiające, żywo gestykulujące, krzyczące i przeklinające a nawet wykonywające ruchy, jakby kogoś biły i uderzające istotnie kijem lub czemś podobnem po różnych przedmiotach. W takich przypadkach wyobraźnia wzburzona do wysokiego stopnia przedstawia sobie w myśli tak żywo przedmioty, będące przyczyną uniesienia się, że osoby takie nie pomne na rzeczywistość wstawiają się w położenie urojone i działają stósownie do tego, przedstawiając się pozornie jako osoby działające pod wpływem omamów zmy-

słowych. Osoby takie poddają się w ten sposób swym myślom i wyobraźni najczęściej wtedy tylko, gdy są same, lub sądzą, że nikt ich nie widzi a gdy ktoś przypadkowo zapyta się ich, co robią, odpowiadają wymijająco lub umyślnie mówią, że coś im się przywidziało, lub że ulegli złudzeniu, chociaż w rzeczywistości tak nie jest. U umysłowo chorych spotykamy się nierównie częściej z takiemi wykrętami, które mogą dać czasem powód do przypuszczenia, że w danym przypadku mamy istotnie do czynienia ze złudzeniami, lub omamami zmysłowemi.

Hagen zwraca także uwagę na tę okoliczność, że często uważa się za złudzenia lub omamy zmysłowe' tak zwane złudzenia pamięciowe. W takich razach opowiadają osoby, o których mowa, o swoich snach, a nawet o tem, co kiedyś słyszały, lub czytały, lub o czem myślały tylko i marzyły tak żywo, obrazowo i szczegółowo, jakby to istotnie przeżyły, a niekiedy zapewniają nawet, że to, o czem opowiadają, istotnie się stało w ich oczach, t. j. że opowiadane rzeczy istotnie widziały i słyszały t. j. rzeczywiście własnemi zmysłami spostrzegały.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. O badaniu niezborności wzroku (astygmatyzmu).

Wykład habilitacyjny

Dra Franciszka Sroczyńskiego,
b. I. asystenta klin. okul. Uniw. Jag.

(Dok. Patrz Nr. 45.)

Najszersze zastosowanie w praktyce znajduje inny sposób badania podmiotowego, polegający na stwierdzeniu poprawy wzroku przez szkła walcowate. Szkła te, jak wiadomo, będąc odcinkami płaszczyzny wklęsło lub wypukło walcowatej, łamią światło tylko w jednym kierunku, t. j. w kierunku do osi walca prostopadłym. Przekonawszy się w poprzód, że szkła sferyczne wcale wzroku nie poprawiają, lub tylko częściowo, dokładamy, poczynając od najsłabszych, szkła walcowate wklęsłe lub wypukłe, kręcąc osią szkła dopóty, dopóki nie uzyskamy jak największej poprawy wzroku. Kątomierz na oprawie okularowej podaje nam zarazem ściśle kierunek osi walca. W ten sposób jedną i tą samą metodą uzyskujemy często odpowiedź na wszystkie pytania, tak co do obecności astygmatyzmu, jak i co do kierunku głównych południków, refrakcyi w ich zakresie, jak wreszcie co do stopnia niezborności. Zalety te jednak równoważą się, co najmniej w połowie, niedogodnościami metody. Pomijając już nieproporcyonalny nakład pracy w tej czysto empirycznej metodzie, trzeba powiedzieć, że zdać się tu musimy ze wszystkiem na łaskę i niełaskę inteligencyi pacyenta, często zaś i na złą wolę ze strony symulantów, którym zależeć może na przesadzaniu. W dodatku nawet pod warunkiem dodatniego wyniku badania, nie możemy być nigdy pewni, że szkła znalezione odpowiadają rzeczywiście refrakcyi badanego. Jeżeli, jak to bywa, mamy do czynienia z osobami młodemi, o sporym zasobie akomodacyi, znajdziemy nierzadko, że walec wklęsły wzrok poprawia tam, gdzie w rzeczywistości jest *astigmatismus hypermetropicus.* Przyczyną tego na pozór paradoksalnego zjawiska jest instynktowny kurcz akomodacyi, za pomocą którego oczy niezborne dążąc do wyrównania nadmiarowości (hipermetropii) w południku słabiej światło łamiącym, sprowadzają nieświadomie wzrok krótki w południku prostopadłym o lepszej łamliwości. Na dowód tego znajdziemy, że po porażeniu akomodacyi atropiną odkryje się nierzadko hipermetropią w obu południkach, gdy badanie podmiotowe wykazywało przedtem wzrok krótki. Takie właśnie przypadki zgłaszają się najczęściej do okulisty, przebiegają bowiem wśród najprzykrzejszych objawów niedomogi akomodacyjnej.

Ten sam zarzut tyczy się modyfikacyi tej metody, polegającej na użyciu soczewki Stokesa, t. j. kombinacyi 2 mocnych soczewek walcowatych, wklęsłej i wypukłej, które, kręcone stopniowo około osi optycznej dają kolejno całą seryę szkieł cylindrycznie działających. Upraszcza to i skraca znacznie badanie, nie usuwa jednak głównego złego, t. j. kurczu akomodacyi a w dodatku dozwala jedynie rozpoznać stopień astygmatyzmu, nie przesądzając nic jeszcze o refrakcyi w głównych południkach.

Chcąc uniknąć zatem tych fatalnych pod względem praktycznych pomyłek, należałoby we wszystkich prawie podmiotowych sposobach badania, przynajmniej u osób młodych, badać nie tylko w stanie zwykłym, ale także po porażeniu akomodacyi atropiną. Na użycie środka tego jednak nie zawsze godzą się pacyenci, znaczy to bowiem kilkudniową utratę zdolności do pracy.

Krótki ten przegląd podmiotowych metod badania pouczył nas, że wszystkie one szwankują pod niejednym względem, głównie zaś dlatego, że czynią nas niewolnikami nie zawsze ścisłych podań badanego, co ważniejsza jednak, że narażają na błędy zależne od skurczu akomodacyi.

Z tych przeto powodów nabierają niezmiernej ważności metody przedmiotowe, któreby nam dozwoliły niezależnie od podań badanych dochodzić do pewnych wyników. Tu otwierają nam się dwie drogi: 1) albo zwracamy uwagę na przyczynę astygmatyzmu, t. j. na różnicę w krzywiźnie środków łamiących lub też 2) badamy przedmiotowo następstwa optyczne astygmatyzmu za pomocą wziernika.

Ponieważ najczęstszą przyczyną astygmatyzmu regularnego jest asymetrya rogówki i to zazwyczaj z większą krzywizną w południku pionowym, z mniejszą w poziomym, przeto w tych przynajmniej przypadkach wystarczy oznaczenie ognisk dla głównych południków rogówki, z nich zaś, traktując oko jako złożone z tej jednej tylko powierzchni łamiącej, obliczyć wartość dyoptryczną oka dla głównych południków i powiedzieć np.: Łamliwość dla południka pionowego $= 50$ D., dla poziomego $= 48$ D., z tego różnica, czyli astygmatyzm $= 2$ D. Krzywiznę rogówki oznaczyć możemy za pomocą t. z. oftalmometrów, z których jeden, jak oftalmometr Javala podaje nawet wprost gotowy stopień astygmatyzmu.

Jak widzieliśmy, rezultat badania tego jest o tyle jednostronny, że poucza nas tylko o stopniu astygmatyzmu, nie podaje nam jednak jeszcze refrakcyi w głównych południkach. Nadto jednostronność metody tej wystąpi jeszcze bardziej, jeżeli uwzględnimy, że jakkolwiek najczęstszą przyczyną astygmatyzmu jest asymetrya rogówki, to i soczewka w pewnych przynajmniej przypadkach odgrywa tu niepomierną rolę, tę zaś zaniedbuje zupełnie wspomniana metoda. Badanie zatem oftalmometrem, albo uproszczeniem tych przyrządów, astygmometrem, może co najwięcej służyć jako dopełnienie innych, ale nigdy jako samoistna metoda.

Jeżeli chodzi o szybkie zoryentowanie się, czy mamy do czynienia z astygmatyzmem rogówkowym i jaki jest

w przybliżeniu kierunek głównych południków, możemy z korzyścią użyć keratoskopu Dr. Placidy. Tutaj lekarz, widząc odbicie się kół współśrodkowych keratoskopu w postaci elips na rogówce, otrzymuje cenną wskazówkę o asymetryi rogówki; wie więc z góry, że rozchodzi się o astygmatyzm. Naturalnie zarzuty odnoszące się do wniosków z krzywizny rogówki w ogólności mają tu jeszcze większe znaczenie, do czego jeszcze nadto dołącza się okoliczność, że wskazówki tu otrzymane mają tylko wartość przybliżoną, opartą na prostej ocenie wymiarów na oko. Uwzględniając, że astygmatyzm zależeć może nie tylko od rogówki, ale i od soczewki; że w pewnych przypadkach asymetrya obu części łamiących światło do pewnego stopnia się wyrównywa, w innych sumuje, że wreszcie w rzadszych razach wyłącznie sama soczewka jest przyczyną niezborności, musimy z konieczności uznać taką metodę za ogólną dla wszystkich przypadków, któraby uwzględniała ostateczny rezultat przyrządu łamiącego światło, astygmatyzm wypadkowy. Badanie wziernikowe, dozwalające nam widzieć szczegóły dna oka, widziane przez cały system dyoptryczny oka, powinno być taką metodą.

Jakoż rzeczywiście już w pierwszych dziesiątkach lat ery wziernikowej zwrócił Knapp (1861) uwagę na zjeździe Heidelberskim, że z porównania kształtu tarczy n. wzr. w obrazie prostym i odwrotnym można rozpoznać obecność astygmatyzmu. Jak wiadomo, między powiększeniem obrazu prostego a odwrotnego zachodzi w odniesieniu do różnych stanów refrakcyi stosunek odwrotny. I tak powiększenie obrazu prostego jest większe w oku krótkowidzącem, niż w miarowem, w miarowem zaś większe, niż w nadmiarowem; przeciwnie obraz odwrotny powiększa szczegóły dna oka najbardziej w oku nadmiarowem, mniej w miarowem, najmniej w oku krótkowidzącem. Gdzie zatem jest niezborność, tam w obrazie prostym zobaczymy tarczę nerwu wzrokowego wydłużoną owalnie w kierunku południka większej łamliwości, w obrazie zaś odwrotnym przeciwnie — w kierunku południka słabszej łamliwości. Jeżeli więc w pierwszym przypadku tarcza przedstawi się nam, jako owal pionowy, w drugim ujrzymy ją w postaci owalu poziomego. Praktyczna doniosłość metody tej nie wielka. Można w ten sposób rozpoznać wyższe i średnie stopnie astygmatyzmu, pod warunkiem, żeśmy nb. oś soczewki w ciągu badania trzymali ściśle w osi optycznej oka. Stopnie nizkie ujdą naszej nwadze. Co najważniejsza jednak, to, że co do stopnia astygmatyzmu nie otrzymamy tu żadnej wskazówki.

Właściwe znaczenie wziernika, jako środka rozpoznawczego dla astygmatyzmu, polega na czem innem. Widzieliśmy na wstępie, że oku niezbornemu z dwóch linij do siebie prostopadłych tylko jedna wydaje się względnie wyraźną, druga zatartą. To samo odnosi się do obrazu wziernikowego, jeżeli badamy w obrazie prostym. Naczynia siatkówkowe na dnie oka niezbornego będą stósownie do kierunku swego rozmaicie ostro nam się przedstawiać. Gdy bądź gołem okiem, bądź zapomocą odpowiedniej soczewki będziemy widzieć ostro zarysy naczyń przebiegających poziomo, wówczas pionowe okażą nam się zatarte; aby i je widzieć dokładnie, musimy wziąć inną korekcyę w wzierniku. O tej okoliczności wiedziano już dawniej, teorya nie przeniknęła jednak do praktyki a nawet dzieło Dondersa o refrakcyi i akomodacyi dorywczo tylko o tem wspomina.

Przy dostatecznej biegłości w oznaczaniu refrakcyi w obrazie prostym można w ten sposób w przeciągu kilku do 10 minut oznaczyć astygmatyzm aż do jednej dyoptryi. Jeżeli nadto uwzględnimy, że podczas wziernikowania narząd akomodacyjny wolnieje, że więc w ten sposób unikamy błędów możliwych we wszystkich metodach podmiotowych, pojmiemy całą wyższość metody wziernikowej nad innemi.

Jakie pod tym względem oddaje wziernik przysługi, okażę na jednym z wielu przykładów. P. W. M., lat 16 liczący, uczeń gimnazyalny, zgłasza się o poradę z powodu krótkiego wzroku. W klasie nie dowidzi pisma na tablicy; przy czytaniu zaś już po krótkim czasie litery mu się zacierają; wreszcie z powodu bólu w głębi ócz praca dalsza staje się niemożliwą. Badanie podmiotowe wykazuje Vpr. o. i l. o. = 6/24 i Sn. 0·5 tuż przy oczach. Szkła sferyczne nie poprawiają, dopiero kombinacya sfer. + 0·75 D. ⊂ cylind. — 2·5 D, z osią poziomą podnosi bystrość wzroku na 6/12. Badając wziernikiem w obrazie prostym znalazłem obustronnie w południku poziomym nadmiarowość 4·5 D., w pionowym 2 D. W myśl tego kombinacya sfer. + 2 D. ⊂ cylind. + 2·5 D. z osią pionową daje też V = 6/12 i umożliwia zarazem czytanie Sn. 0·5 na 0·23 m. W ten sposób wytropił wziernik niezborność po prostu nadmiarową, ukrywającą się pod maską niezborności mięszanej. Tłómaczenie tej sprzeczności jest proste. Oto p. W. M. siląc się na pokrycie nadmiarowości w południku poziomym (Hp. = 4·5 D.) natężył akomodacyę na 3·75 D., w ten sposób zmniejszył ją w tym południku aż do 0·75 D., równocześnie jednak przesadził w kompensacyi nadmiarowości w południku pionowym (Hp. = 2 D), wywołując tu pozorną miopię 1·75 D. Ztąd to badanie podmiotowe jako najlepszą korekcyę znajdywało sfer. + 0·75 D. ⊂ cyl. — 2·5 D. Ktoby w przypadku takim poprzestawał na badaniu podmiotowem szkłami a nie porazil akomodacyi, nie tylkoby nie usunął, ale nawetby tylko zwiększył dolegliwości chorego.

Podobne usługi, jak badanie w obrazie prostym, może oddać wziernik za pomocą retinoskiaskopii; ponieważ jednak metoda ta polega na zupełnie innej zasadzie, przeto rzecz tę pozostawiamy do następnego wykładu.

V. Oceny i sprawozdania.

Przegląd terapeutyczny.

— Przypuszczając, że pewna część działania napojów wyskokowych mających tak zwany bukiet, polega na estrach a mianowicie na eterze octowym, doświadczał B. Krautwig działania miernych dawek tegoż eteru na krążenie i oddechanie. Z poszukiwań jego wypada, że eter octowy powiększa w dwójnasób a nawet i więcej obszerność (*amplitudo*) oddechową a działanie to, największe w kwadrans do półgodziny po zażyciu eteru, ustępuje tylko bardzo powoli.

Pod względem tego działania znaczna jest różnica między eterem octowym a zwykłym czyli siarczanym. Gdy działanie podniecające tamtego rośnie w miarę powiększania dawki, ten przeciwnie podnieca oddechanie, jeżeli się go użyje w dawkach małych, nie przenoszących 0·8 cm. sz.; użyty zaś już w dawce 1 cm. sz. obniża obszerność oddechową. Ztąd wypada, że użycie dawek dużych eteru zwykłego nie jest właściwe, bo dawki coraz większe, nie tylko nic podniecają oddechania, ale wprost nawet je tamują.

Eter octowy wpływa bardzo korzystnie na osłabienie ruchów oddechowych a wprowadzony do krwi nie niszczy

jej krążków i w dawkach potrzebnych do działania na oddechanie nie działa szkodliwie na serce, w dodatku działa stale i przewyższa w tej mierze nawet kamforę.

Z tego wszystkiego wypada, że jako środek podniecający w postaci wstrzykiwań podskórnych eter octowy można śmiało położyć obok kamfory i że działanie jego jest o wiele korzystniejsze, niż eteru zwyczajnego. Wstrzykiwania podskórne tego środka powinny się zaczynać od 0·5 cm. sz. (*Centralblatt für klin. Med.* 17. 1893).

— Znany specyalista do chorób przewodu pokarmowego J. Boas w Berlinie utrzymuje, że we wrzodzie okrągłym żołądka prócz punktu bolesnego w dołku podsercowym jest prawie zawsze drugi punkt bolesny na grzbiecie między 10. a 12. kręgiem pacierzowym. Ból za uciskiem w tem miejscu ma dla rozpoznania wrzodu żołądka daleko większe znaczenie, niż ból w dołku podsercowym. Celem mierzenia ucisku potrzebnego do wywołania bólu wymyślił B. osobne narzędzie, algezymetr, zapomocą którego przekonał się, że w okolicznościach prawidłowych czuje się ból w dołku podsercowym dopiero pod ciśnieniem 6 do 7 kilogramów; w okolicznościach patologicznych wystarcza do wywołania bólu już ciśnienie $^1/_2$ kilograma. Największa tkliwość na ciśnienie bywa we wrzodzie żołądka. Algezymetr może służyć także do przekonania się o polepszeniu; im większy ucisk chory znosi, tem stan jego lepszy.

Pod względem terapeutycznym radzi autor, osobliwie w przypadkach lekkich, azotan srebrowy (*argentum nitricum*) w dawce powiększanej stopniowo od 2 do 6 centygramów na 120 gramów wody, z czego zażywa się trzy razy dziennie po łyżce stołowej w pół kieliszku od wina Bordeaux wody na pół godziny przed jedzeniem.

— Najlepszy sposób zażywania oleju rącznikowego (*oleum ricini*) polega na tem, żeby kłócić mocno we flaszce filiżankę ciepłego mleka z łyżką stołową oleju wymienionego. Zawiesina w ten sposób otrzymana ma nie mieć ani smaku ani woni oleju rącznikowego. (*Pharm. Cntrlhalle* 27. 1893).

Notatki terapeutyczne.

Ze względu na działanie przeciwzapalne, kojące ból i wsysające ichtyolu poleca Solt w Mitawie na podstawie własnego doświadczenia środek ten w ostrem zapaleniu ucha środkowego zapisując go w następujący sposób:

136) Rp. *Ichthyoli* *1·00*
Aquae destill.
Glycerini *āā 7·50*
MDS. Trzy razy dziennie zapuszczać do ucha.
(*Berl. klin. Wchschft. 45. 1893*).

Stein zaleca w cierpieniach przewodu słuchowego zewnętrznego, błony i jamy bębenkowej łączących się z przekrwieniem zapuszczanie do uszu płynu:

137) Rp. *Resorcini* *0·10*
Cocaini muriatici 0·20—0·50
Aquae destill. *10 00*
(Morph. muriatici 0·01—0·05
w razie bólu).
MS. Krople do uszu.

Płyn ten zapuszcza się oczywiście ogrzany po 2 do 4 razy dziennie i zostawia przez 5 do 15 minut w przewodzie słuchowym zewnętrznym a potem wydobywa go koniecznie przez wymaczanie watą higroskopijną.

Gdyby po niejakim czasie powstało swędzenie a nawet wyprysk, należy przed zapuszczeniem i po oddaleniu podanego powyżej płynu użyć na małżowinę i zewnętrzną część przewodu słuchowego zewnętrznego maści:

138) Rp. *Acidi borici subtilissime*
pulverati *0·50*
Zinci oxydati *1·00*
Lanolini
Vaselini flavi puri *āā 5·00*
Mfungtum.
S. Zewnętrznie.

Maść ta jest oczywiście skuteczna na każdy wyprysk ucha. (*Münch. med. Wchschft. 37. 1893*).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XII. posiedzenie z dnia 13. października 1893.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 42.

1) Kol. Przewodniczący w kilku słowach wita kolegów na nowo zebranych na posiedzeniu po kilkomiesięcznej przerwie.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że magistrat udał się do Towarzystwa lek. z prośbą o wybranie dwóch członków do komisyi wodociągowej. — Na wniosek kol. Bylickiego, wybrano kol. Krokiewicza i kol. Szpilmana.

4) Kol. Chądzyński porusza sprawę zbierania składek na przeniesienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego, który pierwszy wykonał owaryotomię we Francyi, ze starego cmentarza w Dijon na nowy i umieszczenie tablicy pamiątkowej na grobie.

W sprawie tej przemawiają koll.: Bylicki, Pisek, Wernicki i Schramm. — Postanowiono przez kursora zbierać składki od lekarzy we Lwowie zamieszkałych i kwotę zebraną przesłać na ręce prof. Dra Gałęzowskiego w Paryżu.

5) Kol. Widmann przedstawia dziewczynkę siedmioletnią z wrodzoną wadą serca. Anamneza niewiadoma. Badanie wykazuje sinicę powłok i błon śluzowych, pozorne tętnienie żył szyjnych, tętno niemiarowe, małe, rozszerzenie wymiarów serca we wszystkich kierunkach a zwłaszcza w poprzecznym. Uderzenia serca widać w 4. i 5. międzyżebrzu, na wewnątrz od sutka. Wypuklenia okolicy serca nie ma. Nad komórką lewą i tętnicą główną i w tętnicach szyjnych słychać dwa tony, nad prawą komorą szmer skurczowy, który wyraźniej jeszcze słychać nad tętnicą płucną. Wolny płyn w jamie brzusznej.

W przypadku tym lekarz ordynujący przypuszczał niezarośnięcie przewodu Botalla. Nieprawidłowość ta samoistnie nadzwyczaj rzadko się wydarza i nie daje żadnych objawów klinicznych, oprócz może sinicy (i to nie zawsze). Przytem sekcya najczęściej wykazuje ubyt w tylnej części przegrody przedniej komór (Rokitansky) w postaci otworu owalnego lub półksiężycowego o brzegach gładkich, niezgrubiałych. Ubyt ten jest pierwotnym otworem dla tętnicy głównej w który tętnica główna nie weszła, albowiem przegroda przednia nie pociągnęła jej w lewą komorę. Następstwem tego jest w pierwszym rzędzie, że dwoma zgłębnikami można i z prawej i z lewej komory wejść do tętnicy głównej, czyli że tętnica główna tak samo z prawej jak z lewej komory powstaje a zatem zostaje w krew opatrywaną (*die Aorta reitet auf der Scheidewand*). Dalszem następstwem jest nierozwinięcie się należyte a zatem zwężenie stożka tętnicy płucnej lub też tętnicy płucnej samej, często połączone z niedostatecznym rozwojem zastawek (dwie zamiast trzech) tejże tętnicy.

Co się tyczy sinicy u chorych z wrodzoną wadą serca, to dawniej mniemano, że główną przyczyną sinicy jest mięszanie się krwi żylnej z tętniczą, że wystąpienie sinicy w pierwszym okresie życia jest znakiem wrodzonej wady sercowej. Morgagni uważał sinicę jako znak zastoin żylnych a Laennec zwrócił na to uwagę, że sinica występuje także w chorobach płucnych. Louis udowodnił, że warunkiem, aby żylna krew przepłynąć mogła z komory prawej do lewej, jest przeszkoda dla odpływu krwi do tętnicy płucnej a skutkiem tego zastoiny żylne w krążeniu obwodowem. Te ostatnie zatem wywołują si-

nicę, nie zaś mięszanie się krwi żylnej z tętniczą. Bouillaud przytacza jako dowód słuszności zapatrywania się Louisa przypadek opisany przez Bescheta, w którym lewa tętnica podobojczykowa wychodziła z tętnicy płucnej a w zabarwieniu ramion różnicy nie było.

W danym przypadku na podstawie istniejących objawów i częstości przypadków kol. W. rozpoznaje: zwężenie stożka tętnicy płucnej na tle zarodkowego zapalenia mięśnia sercowego (*myocarditis embryonalis*). Być może, że obok tego jest także niezarosły przewód Botalla i komunikacya pomiędzy lewą i prawą komorą przez otwór w przegrodzie. (*Przejrzane przez autora*).

Kol. Pisek ze względu na znaczny przerost całego serca i sinicy przypuszcza tylko ubyt w przegrodzie komór. Przeciwko zwężeniu tętnicy płucnej przemawia brak *frémissement cataire* i brak głośnego szmeru nad tętnicą płucną.

Kol. Widmann w odpowiedzi przytacza, że braki w przegrodzie komór jako samoistne wady nie istnieją; dlatego tej wady jako jedynej przypuszczać nie można. Za zapaleniem mięśnia sercowego przemawia: przerost serca we wszystkich częściach, tętno niemiarowe, upośledzenie krążenia i sinica. Kol W. rozpoznaje zatem: *Myocarditis congenita et stenosis coni arteriosi arteriae pulmonalis*. Innych rzeczy ponadto nie chce rozpoznawać, ponieważ rozpoznanie natrafiłoby na znaczne trudności.

6) Kol. Barącz przedstawia: *„Przypadek całkowitego wykluczenia kiszki ślepej i zastósowanie szwu płytkowego z brukwi do ileokolostomii“*. Omówiwszy przyczyny, dla których można myśleć o wykluczeniu jelita ślepego, kol. B. wspomina o doświadczeniach na psach z wykluczeniem kiszki ślepej, które przedsięwziął był Salzer. Salzer poleca na podstawie swoich doświadczeń tylko częściowe wykluczanie jelita; całkowite wykluczenie jelita radzi Salzer zarzucić z powodu możliwych owrzodzeń w wykluczonej pętli wskutek rozkładu nagromadzonego i dalej wytwarzanego kału. Podobne doświadczenia przedsiębrał niedawno w Krakowie Dr. Klecki, z tą różnicą, że wykluczal tylko mniejsze kawałki jelita, a to w celu wyświecenia kwestyi powstawania kału. Zdaniem Dr. Kleckiego wykluczenie pętli jelita nie ma przyszłości w chirurgii i da się zastąpić przez zastósowanie poprostu enteroanastomozy. Enteroanastomoza jest według niego zabiegiem łatwiejszym trwa króciej i nie sprawia niebezpieczeństw z wytwarzania się zrostów otrzewnowych.

Kol. B. opisuje następnie sposoby, jakimi jelito daje się wykluczyć. Operacyę wykluczenia jelita na osobie żyjącej wykonano dotąd trzy razy; są to przypadki Hochenegga, Franka i Eiselsberga w których przystąpiono do operacyi z powodu choroby kiszki ślepej. Hochenegg i Frank operowali w ten sposób, że oba końce wykluczonego jelita wszyli w powłoki brzuszne. Eiselsberg zaszył wprawdzie obadwa końce wykluczonego jelita, jednak wykluczony kawałek był drenowany przez wiele przetok; wykluczenie w przypadku Eiselsberga nie było więc zupełnem. Nie odważono się dotychczas zapuścić do jamy brzusznej zaszytej na obu końcach wykluczonej pętli jelitowej z przyczyny wyników doświadczeń Hermanna, z których okazało się, że wykluczona pętla wydziela nader znaczną ilość substancyi zbliżonej do kału, która mogłaby dać powód do wytworzenia się gazów i pęknięcia jelita.

Następnie kol. B. przedstawia chorego, u którego przed 2 miesiącami z dobrym dotąd skutkiem wykonał zupełne wykluczenie jelita slepego wraz z kawałkiem jelita cienkiego i grubego wstępującego. Przypadek dotyczył 18-letniego chłopca z objawami przewlekłej niedrożności jelit i obrzękiem w okolicy kiszki ślepej. Kol. B. przypuszczał nowotwór złośliwy jelita ślepego. Przy laparotomii znalazł guz twardy w jelicie ślepem i chroniczne wgłobienie jelita cienkiego w ślepe; w obec tego przystąpił do resekcyi nowotworu wraz z jelitem biodrowem, ślepem i grubem wstępującem, mając na myśli po resekcyi wykonać ileokolostomię za pomocą płytek z brukwi. Gdy z powodu silnych zrostów i grubości krezki resekcya rozpoczęta okazała się nie do wykonania, zaszył kol. B. ślepo oba końce i pogłębił wykluczony kawałek; jelito biodrowe zaś i grube wstępujące, już przed resekcyą ślepo zaszyte, połączył ze sobą sposobem Senna, jednak przez użycie płytek z brukwi. Chory po operacyi nie gorączkował, jednak wystąpiła bardzo znaczne wzdęcie brzucha i uporczywe wymioty. Wzdęcie brzucha ustąpiło po zastósowaniu worka lodowego na brzuch, wymioty zaś po wstrzymaniu pokarmów przez usta i zastósowaniu lawatyw odżywczych. Chory ma się dotąd t. j. w 2 miesiące po operacyi zupełnie dobrze, objawy niedrożności ustąpiły trwale a guz nie daje się obecnie wcale wymacać. Prawdopodobnie rozchodziło się w tym przypadku o niedrożność sprowadzoną chroniczną inwaginacyą a guz, który wzięto za nowotwór, był tylko obrzękiem zapalnym. Gdyby wynik ostateczny był dobrym, pouczałby przypadek ten, że zupełne wykluczenie kiszki ślepej, niezgodnie z dotychczasowemi zapatrywaniami się, nie jest zabiegiem niebezpiecznym i że jest usprawiedliwionym w przypadkach podobnych do przedstawionego. Przypadek ten jest trzecim, w którym z korzyścią użyto płytek poleconych przez kol. Barącza: dwie gastroenterostomie (kol. Barącz i Dr. Heigel w Koblencyi) i ileokolostomia (kol. Barącz). Są to jedyne przypadki operowane sposobem Senna na kontynencie europejskim. Kol. B. wyraża zdziwienie, że metoda Senna tak znaczne korzyści przedstawiająca przed dawną metodą szycia kiszek nie znajduje więcej zwolenników. (*Ref. własny*).

Kol. Wehr jakkolwiek uznaje ważność i wartość przypadku przedstawionego, uważa jednakże operacyą przez kol. Barącza wykonaną za *experimentum in vivo* i nie odważyłby się powtarzać tego doświadczenia na ludziach, dopóki doświadczenia na zwierzętach nie wyjaśnią zupełnie sprawy.

Kol. Ziembicki zapytuje się, co skłoniło kol. Barącza do zeszycia i wgłębienia wykluczonej kiszki, kiedy wobec tego, że kol. B. przecinał krezkę i podwiązywał naczynia krezkowe, tembardziej można się było obawiać nekrozy kiszki.

Kol. Bylicki nawiązując do przemówienia kol. Ziembickiego sądzi, ze nekrozy jelita wykluczonego nie należało się obawiać, ponieważ kol. Barącz nie przeciął całej krezki odpowiadającej wykluczonej pętli jelita, lecz zrobił w niej tylko dwa boczne nacięcia; z przyczyny licznych anastomoz naczyń krezkowych odżywienie kiszki nie było upośledzonem, a to tembardziej, że już były liczne zlepy otrzewnowe.

Kol. Schramm uważa przypadek kol. Barącza za ostatecznie nie skończony o tyle, że obrzęk i oporność dające się, wyczuć w miejscu, gdzie leży wykluczone jelito, każe wnosić że w pętli tej znajduje się jeszcze znaczna ilość płynu; być więc może, że zajdą okoliczności zmuszające do zrobienia przetoki w tem miejscu. Do wykonania operacyi w opisany sposób mogły kol. Barącza skłonić oprócz chęci oszczędzenia choremu bardzo przykrej przetoki kałowej także wyniki doświadczeń Kleckiego, według których pies z wykluczoną pętlą jelit cienkich żył w dobrym zdrowiu przez kilka miesięcy. Obumarcia brzegów oddzielonego częściowo jelita nie było się co obawiać z powodu, że krezka była oddzielona przynajmniej na $1^{1}/_{2}$ cm. od brzegów jelita, zatem zachowana była dostateczna ilość naczyń odżywczych.

Kol. Pisek widział chorego na kilka dni przed operacyą, lecz nie zgadzał się z rozpoznaniem nowotworu. Z wywiadów dowiedział się, że cierpienie chorego trwa już od 8 miesięcy, że od tego czasu miewał nieregularne wypróżnienia, często biegunkę a czasami krwawe stolce. Brak chery pomimo 8-miesięcznego trwania cierpienia przemawiał przeciwko złośliwemu nowotworowi, kol. P. przypuszczał przeto. że guz w okolicy kiszki ślepej powstał najprawdopodobniej wskutek chronicznego wgłobienia jelita biodrowego do kiszki ślepej i przewlekłego zapalenia otrzewny w tejże okolicy.

Kol. Skałkowski sądzi, że występywanie krwawych stolców przemawia w przypadkach wątpliwych więcej na korzyść rozpoznania nowotworu złośliwego.

Kol. Pisek stanowczo sprzeciwia się przypuszczeniu nowotworu złośliwego. Guz podczas operacyi wykazany zmniejszył się widocznie tak, że go obecnie nawet wykazać nie można. Ta okoliczność, jakoteż brak chery pomimo 8 mies. trwania cierpienia wyklucza nowotwór złośliwy.

Kol. Barącz na interpelacyę kol. Ziembickiego odpowiada, że nie potrzebował się obawiać zgorzeli jelita wykluczonego z powodów już przez kol. Bylickiego podanych i ponieważ

resekcya krezki wykonana była klinowo, zatem o upośledzeniu krążenia nie było mowy. Co do sposobu wykluczenia, to zdecydował się na zupełne wykluczonie dlatego, ponieważ to postępowanie wydało mu się prostszem i nie wymagało drugiego zabiegu: usunięcia odbytu nienaturalnego.

[A nadto doświadczenie w przypadku Eiselsberga pouczyło, że zupełnie wykluczony kawałek jelita drenowany przez przetokę nie wydzielał prawie nic kału i przetoka zmniejszyła się do tego stopnia, że w chwili ogłoszenia przypadku była na zabliźnieniu. Dodatek późniejszy prelegenta).

Kol. Obtułowicz wspomina o przypadku wgłobienia, gdzie jednakowoż operatorem była natura sama. Chłopak 13-letni łażąc podczas wakacyj szkolnych po drzewach w ogrodzie, uczuł nagle ból w okolicy biodrowej prawej, zachorował obłożnie wśród parcia i wystąpienia stolców krwawych. W 2 tygodnie później dostrzeżono u niego guz w okolicy biodrowej prawej a w trzy tygodnie odszedł ze stolcem kawałek jelita na 20 cm. długi a 10 cm. szeroki, który obejmował część jelita biodrowego, całą kiszkę ślepą wraz z wyrostkiem robaczkowym i część okrężnicy wstępującej. Preparat ten uzyskany przed 12. laty przedstawił kol. O. sekcyi chirurg. na V. zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1888. Jednakowoż zabieg operacyjny dokonany przez naturę samą nie okazał się zbyt pomyślnym i dokładnym, albowiem chory powrócił wprawdzie do zdrowia i mógł się oddawać przechadzkom i zabawom; gdy jednak w kilka miesięcy później został przy powożeniu przez konie uniesionym i zbyt forsownie lejce ściągnął, uczuł znów ból w podżebrzu prawem; dawna blizna pękła i potworzyły się rozległe przetoki kałowe, które nieoperowane zawczasu sprowadziły po całorocznem cierpieniu śmierć chorego (*ref. własny*).

7) Kol. Obtułowicz wspomina o bardzo pomyślnym stanie zdrowotnym w powiecie lwowskim w ciągu ubiegłych miesięcy letnich, albowiem z wyjątkiem sporadycznych tylko przypadków czerwonki, duru brzusznego, odry i płonicy, nie sprawdził w żadnej ze 130 miejscowości powiatu lwowskiego groźniejszej epidemii. W roku ubiegłym czerwonka pod tę porę grasowała ogromnie w całym powiecie, a w 50 miejscowościach została urzędownie sprawdzoną. Również przypadki cholery swojskiej w roku ubiegłym często się pojawiały, gdy w roku bieżącym zaledwie gdzieniegdzie i to z przebiegiem łagodnym stwierdzono (*ref. własny*).

8) Na wniosek kol. Wehra postanowiono jednomyślnie obchód uroczysty prof. Obalińskiego z powodu otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego w Krakowie uczcić przez wysłanie telegramu do prof. Obalińskiego.

9) Kol. Stroynowski zaprasza kolegów na zwiedzenie umieszczenia i urządzenia lwowskiego Towarzystwa ratunkowego. Na tem zakończono posiedzenie.

Sekretarz *Dr. Bory*

VII. Wiadomości bieżące.

— N. Pan zamianował Dra Stanisława Ponikłę, docenta Uniw. Jagiell. i lekarza powiatowego krakowskiego, dyrektorem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

— W myśl uchwały Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, powziętej na posiedzeniu w dniu 18. października, zapraszamy Szanownych Czytelników do przyczynienia się datkami do kosztów przeniesienia zwłok i postawienia pomnika ś. p. Dra Wóycikowskiego

Datki przyjmuje Redakcya *Przeglądu lekarskiego.*

— Zmarły niedawno, o czem w swym czasie donieśliśmy w niniejszem piśmie, profesor neapolitański Olivieri zostawił bardzo znaczny majątek zebrany głównie w rozległej praktyce chirurgicznej i testamentem przeznaczył z niego: 200000 lirów (czyli franków) dla szpitala oftalmicznego w Neapolu, 300000 lirów tudzież zbiór narzędzi chirurgicznych dla szpitala Pellegrini, którego był dyrektorem, bibliotekę własną dla schroniska dla chorych nieuleczynych, swemu uczniowi Drowi Mottoli, który go pielęgnował w ostatniej chorobie, 100000 lirów, a resztę majątku swym krewnym i służbie.

— Znany laryngolog angielski, Lennox Brown, wyciął w narkozie migdałki 9-letniemu synowi lorda Annesleya i porachował za to dla siebie 30 gwinej czyli 600 franków, dla asystenta zaś 2 gwineje czyli 40 franków. Lordowi Annesleyowi wydał się ten rachunek za słony za operacyę, która trwała tylko 3 minuty i chciał zapłacić asystentowi żądane 2 gwineje, Lennoksowi Brownowi zaś tylko 10 gwinej. Sprawa poszła przed sąd, który orzekł, iż żądanie lekarza jest słuszne i że czas, przez który trwała operacya, nie może tu wchodzić w rachubę.

— W dniu 22. z. m. oddano w uniwersytecie moskiewskim do użytku nowy zakład fizyologiczny, którego budowa kosztowała 120000 rubli, wewnętrzne urządzenie 10000 rubli i który ma ogrzanie powietrzem, dobrą wentylacyę, światło elektryczne, gaz (głównie dla pracowni) i wodociągi.

— Urzędowe zdanie sprawy o stanie zdrowia publicznego w cesarstwie rosyjskiem w r. 1890 zawiera między innemi następujące daty:

Cała ludność Rosyi, tak europejskiej jak i azyatyckiej, wynosiła 116652510, przyrost roczny był 12·6 na 1000, mniejszy niż w latach poprzednich. Śmiertelność w Rosyi europejskiej była 34·2 na 1000, nieco większa, niż w latach poprzednich, głównie z powodu chorób zakaźnych, między niemi na czele przedewszystkiem z influency. Natomiast zmniejszyła się śmiertelność z duru osutkowego i powrotnego tudzież z ospy, co do której trzeba to przypisać szczepieniu. Jakkolwiek szczepienie w Rosyi nie jest przymusowe, zaszczepiono przecież 63% wszystkich dzieci.

Trąd powoli się wzmaga; w latach 1888. i 1889. liczono 664 a względnie 792, w roku zaś 1890. 839 trędowatych.

Choroby weneryczne a mianowicie kiła, stanowią prawdziwą plagę ludności, w niektórych okolicach przynajmniej, jak na Kaukazie i w guberniach południowych i wschodnich. Ażeby zapobiedz szerzeniu się tych chorób, chwycił się rząd środków energicznych, których skuteczność na podstawie doświadczenia w Europie zachodniej i środkowej nie ulega wątpliwości.

Jedno łóżko szpitalne przypada w Rosyi europejskiej na 1600, na Kaukazie na 12500, na Syberyi na 3000 a w Azyi środkowej na 16000 osób. W podobnym stósunku jest liczba lekarzy; i tak przypada jeden lekarz w Rosyi europejskiej na 9200, na Kaukazie na 11600 a na Syberyi na 48000 mieszkańców. Prócz tego jest jeszcze 11959 felczerów i felczerek z pewnem wykształceniem lekarskiem i czterema laty praktyki szpitalnej.

— Ze spostrzeżeń Menandona de Montyel, naczelnego lekarza zakładów publicznych dla chorych umysłowych w departamencie Sekwany, wypada, że tatuowanie skóry jest u obłąkanych rzadsze, niż u osób umysłowo zdrowych a jeszcze rzadsze, niż u zbrodniarzy. Jeżeli tatuowania dokonano dobrowolnie w wieku dojrzałości umysłowej i jeżeli choroba umysłowa wybuchająca w 20 do 30 lat po tatuowaniu ma formę odbijającą poprzednie usposobienia psychiczne, wykazać można prawie zawsze związek między znaczeniem symbolicznem obrazów tatuowanych a bredzeniem obłąkanego.

Tatuowanie znajduje się przeważnie u obłąkanych z popędami napastniczemi (*agressives*) i zbrodniczemi, zasługuje przeto na wzięcie pod uwagę w rozróżnianiu tak jeszcze niepewnem obłąkanych niebezpiecznych od nieszkodliwych (*inoffensifs*).

— **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. nadzwyczajni Drowie Maurycy Kaposi i Izydor Neumann mianowani profesorami zwyczajnymi dermatologii i syfilidologii.

Na przewiezienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego złożył w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* Dr. Mieczysław Kramarzyński z Dąbrowy 1 zlr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 22. listopada b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) kol. Gabryszewski przedstawi pacyenta z rozległą resekcyą klatki piersiowej; 2) kol. prof. Bujwid: Demonstracya różnych postaci przecinkowca cholery.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

NADESŁANE.

Odezwa.

Na zasadzie §. 13. ustawy z dnia 22. grudnia 1891 r. (Dz. p. p. Nr. 6 ex 1892.) Izba lekarska w Krakowie na posiedzeniu odbytem dnia 4. listopada b. r. postanowiła na pokrycie potrzeb Izby lekarskiej za II. półrocze r. 1893 opłatę w kwocie dwóch złr. w. a. przez każdego lekarza uiścić się mającą.

Zawiadamiając o tem postanowieniu wszystkich P. T. lekarzy do wykonywania praktyki lekarskiej uprawnionych a w okręgu Izby lekarskiej krakowskiej stałą siedzibę mających, w szczególności P. T. lekarzy zamieszkałych w mieście Krakowie i w 31 powiatach politycznych Galicyi zachodniej, do okręgu Izby lekarskiej krakowskiej przynależnych — wzywam Ich zarazem, aby w przeciągu dni czternastu, licząc od dnia ogłoszenia niniejszej odezwy, opłatę dwóch złr. w. a. za II. półrocze r. 1893. złożyli lub przekazem pocztowym przesłali na ręce podskarbiego Izby lekarskiej prof. Dra Józefa Łazarskiego w Krakowie (ulica Starowiślna Nr. 8).

Kraków dnia 18. listopada 1893 r

Prezes Izby lekarskiej w Krakowie

135—1—1 *Dr. Maciej Jakubowski.*

DIURETIN-KNOLL Znakomity środek moczopędny,

zalecony przez prof. Schrödera (Heidelb.).

Wskazany w puchlinie z powodu chorób serca i nerek, skuteczny nawet w przypadkach, gdzie digitalis i strophantus bez wpływu. Przewyższa kalomel zupełną nieszkodliwością.

Z najlepszym skutkiem stosują go:
Dr. A. Hoffmann (klin. prof. Erba w Heidelb.),
Dr. Koritschoner (kl. prof. Schröttera w Wiedniu),
Dr. Pfeiffer (kl. prof Draschego w Wiedniu),
Dr. E. Frank (klin. prof. Jakscha w Pradze) i w. i.

CODEIN-KNOLL Łagodne narcoticum Brak przyzwyczaj.

Najlepszy środek zastępujący morfinę. Znakomicie działa przeciw kaszlowi, niezbędny dla suchotników. Zalecany w leczeniu zatrucia morfinowego. Dawka trzykrotna morfiny.

Broszury na usługi. 5—26—15

Knoll et Co., Chem. Fabrik, Ludwigshafen a. Rh.

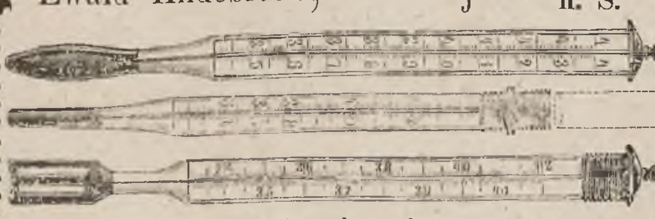
KONKURS.

W gminie miasta Ryglice jest do obsadzenia od dnia 15. listopada b. r. posada lekarza miejskiego z roczną płacą w kwocie 300 złr. w. a., wolnem mieszkaniem i opałem.

Zgłoszenia przyjmuje burmistrz.

132—2—2

Ewald Hildebrand, dost. wojsk. HALLE n. S.



Nr. 640 Termometr maksymalny minutowy i
Nr. 675 „ „ dla szpitali.

1 szt.	1/2 tuz.	1 tuz.	3 tuz.	6 tuz	100 szt.
2 m.	9 m.	15 m.	40 m.	75 m	100 m.

Odsyła opłatnie do domu. Uszkodzenia wynagradza.

Pochwały minist. wojny. 122—4—3

Za urzędowe świadectwa państw. po 75 fen. za sztukę.

L. 733.

Urząd gminny miasta Birczy ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego.

Do posady tej, która na razie będzie prowizorycznie nadaną a po roku stabilizowaną, przywiązana jest płaca roczna 400 złr. w. a. tudzież dochód z oględzin zwłok i bydła.

Podania zaopatrzone w **dyplom doktora medycyny** należy wnosić do urzędu gminnego miasta Birczy do dnia 15. grudnia 1893.

Bircza dnia 15. listopada 1893. 136—3—1

ZAKŁAD WODOLECZNICZY
DRA CHRAMCA
w Zakopanem w Tatrach polskich

otwarty całą zimę. 128—6—5

Ostatnia stacya kolei żelaznej transwersalnej Chabówka 4 godziny powozem lub sanną wygodnej drogi krajowej od Zakopanego odległa. Poczta i telegraf w miejscu.

Całodzienne utrzymanie w wygodnym pokoju słonecznym z leczeniem, usługą i t. d. 4 złr. albo 5 złr. zależnie od wielkości pokoju.

Już wyszedł z druku

KALENDARZ LEKARSKI KRAKOWSKI
na rok 1894.

ułożony z polecenia Tow. lekarskiego krakowskiego przez

Dra MURDZIEŃSKIEGO.

Treść: 134—x—2

Kalendarz kościelny.

Podręcznik terapeutyczny ułożony przy współpracownictwie Dra Marcisiewicza, prof. Dra Marsa, Dra Murdzieńskiego, prof. Dra Pieniążka, Dra Sokołowskiego, Dra Surzyckiego, doc. Dra Trzebickiego a w roku bieżącym znacznie rozszerzony.

Nowe leki tak jak w r. z. a obecnie dopełnione przybytkami w ciągu roku ogłoszonemi.

Ważniejsze krajowe i zagraniczne zakłady zdroj. kąpielowe, oraz nadzwyczaj praktycznie ułożony *Wybór najodpowiedniejszych zdrojowisk do leczenia poszczególnych chorób* przez Dra M. Zieleniewskiego, również znacznie w r. b. rozszerzony. *Sztuczne kąpiele. Wskazówki dotyczące dawek środków lek. Rozbiór moczu* przez Dra Opieńskiego. *Uwagi o świadectwach lekarskich, sądowych oględzinach i sekcyach zwłok* przez Dra Schaittera. *Naczelne władze sanitarne. Izby lekarskie. Służba zdrowia w Galicyi. Alfabetyczny spis lekarzy i chirurgów. Przepisy pocztowe i telegraficzne.*

Rocznik ten ozdobiony jest wybornie wykonanym portretem prof. Dra L. Teichmanna.

Zamiast notatek oprawianych zwykle razem z częścią naukowo-informacyjną, podzielone są notatki na 4 kwartały (w osobnych książeczkach), które przytwierdzać można kolejno do gustownie oprawionego kalendarzyka. Prócz tego wskutek żądania Kolegów dodany arkusz czystego papieru na odpowiednie notatki.

Cena 1 złr. 60 ct, z przesyłką 1 złr. 70 ct.

Skład główny w księgarni S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 25. Listopada 1893. Nr. 47.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81. Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem.

Przez
Władysława Biegańskiego,
lekarza szpitala N. P. M. w Częstochowie.

Tumas[1]), badając zachowanie się krwi w rozmaitych chorobach zakaźnych, zwrócił pierwszy uwagę na stałe występowanie leukocytozy w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego. Wprawdzie poprzednio już Virchow[2]) i Halla[3]) spostrzegali także powiększenie się ilości białych ciałek krwi w zapaleniu płuc, autorzy ci jednak nie kładli wielkiego nacisku na okoliczność przez siebie wykrytą i przez to nie wywołali ogólnego zainteresowania się kwestyą leukocytozy w zapaleniu płuc. Dopiero po ogłoszeniu spostrzeżeń Tumasa (1887) spotykamy cały szereg prac w tym względzie. Jaksch[4]) luźnym spostrzeżeniom Tumasa na zasadzie swych badań nadał nawet pewne praktyczne znaczenie. Autor ten wysnuł wniosek, że obecność lub brak leukocytozy może być ważną wskazówką dyagnostyczną w rozróżnianiu zapalenia płuc włóknikowego od tyfusu. Następnie tenże autor zwrócił uwagę, że w przebiegu pewnych, ciężkich przypadków zapalenia płuc leukocytoza nie występuje, zkąd wypływa, że zachowanie się białych ciałek krwi może mieć także pewne prognostyczne a nawet terapeutyczne znaczenie. Terapeutyczne dlatego, gdyż zdaniem Jakscha, podając środki lekarskie wywołujące leukocytozę, będziemy w stanie w ciężkich przypadkach zapalenia płuc zmienić zachowanie się krwi do warunków prawidłowego odczynu. Śmiałe przypuszczenia Jakscha wywołały żywy ruch w tym względzie. Limbeck[1]), Sadler[2]), Nikodze[3]), Rieder[4]) ogłosili cały szereg spostrzeżeń, sprawdzających po części przypuszczalne poglądy Jakscha. Przez to cała ta kwestya zeszła na grunt praktyczny i równocześnie nabrała większego znaczenia.

Badania własne, których rezultaty mam zamiar podać w niniejszej pracy, zacząłem w połowie zeszłego roku także w celu sprawdzenia przypuszczalnych poglądów Jakscha. Wobec niewielkiego materyału, jakim rozporządzam w małym szpitalu prowincyonalnym, zdołałem przez rok zebrać tylko 12 przypadków zapalenia płuc, 3 przypadki gruźlicy, 3 przypadki tyfusu brzusznego, 6 przypadków zapalenia opłucnej i jeden przypadek ostrego zapalenia oskrzeli. Krew chorych na zapalenie płuc włóknikowe badano szczegółowo, o ile można było, codziennie i tym sposobem dokonano około 70 badań krwi; inne przypadki badano tylko dla porównania; takich porównawczych badań jest około 30.

Badanie krwi uskuteczniano za pomocą liczenia czerwonych krążków i białych ciałek krwi w przyrządzie Thoma-Zeissa oraz przez liczenie białych ciałek krwi na zabarwionych preparatach. Szczegółów o sposobie samego badania, o zachowanych ostrożnościach tutaj nie przytaczam; wyłożyłem je bowiem obszerniej w poprzedniej swojej pracy:

---

[1]) Tumas: Ueber die Schwankungen der Blutkörperzahl und des Haemoglobingehalts des Blutes im Verlaufe einiger Infektionskrankheiten. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1887.

[2]) Virchow: Gesammelte Abhandlungen zur wissenschaftlichen Medicin. 1856. cyt. przez Schulza.

[3]) Halla: Ueber den Haemoglobingehalt des Blutes und die quantitativen Verhältnisse der rothen u. weissen Blutkörperchen bei acuten fieberhaften Krankheiten. Zeitschrift für Heilkunde. 1883.

[4]) Jaksch: Klinische Diagnostik innerer Krankheiten. 1889.

---

[1]) Limbeck: Klinisches und experimentelles über entzündliche Leukocytose. Zeitschr. f. Heilkunde. 1893.

[2]) Sadler: Klinische Untersuchungen über die Zahl der corpusculären Elemente und den Haemoglobingehalts des Blutes. Fortschritte der Medicin. 1892.

[3]) Nikodze: Anat. patol. krwi w zapaleniu płuc włóknikowem. Dysert. 1890. cyt. przez Kleina.

[4]) Rieder: Ueber das numerische Verhalten der weissen Blutzellen bei Influenza, krupöser und katarrhalischer Pneumonie. Münch. med. Wschrft. 1892.

O zmianach krwi pod wpływem przymiotu [1]). Co do podziału leukocytów trzymałem się również tej samej, co i poprzednio zasady, t. j. odróżniałem cztery tylko rodzaje białych ciałek krwi, mianowicie: wielojądrowe (leukocyty), jednojądrowe (duże limfocyty), jednojądrowe małe (małe limfocyty) i eozynofilne. Komórki t. zw. przejściowe zaliczałem do wielojądrowych [2]). Czas badania wybierano przedobiedni, mniej więcej od 11. do 12. godziny rano a to głównie w celu uniknięcia leukocytozy występującej w czasie trawienia i możliwych wskutek tego omyłek. W leczeniu unikałem stósowania kamfory, antypiryny i innych środków, o których wiadomo, że sprowadzają leukocytozę. Używałem tylko środków wykrztuśnych, morfiny i kofeiny.

Przystępujemy obecnie do wyników ze swych badań. Z 12 przypadków zapalenia płuc w 10 choroba skończyła się zupełnem rozejściem się, wyzdrowieniem, w dwóch zaś przypadkach zejście było śmiertelne. Otóż we wszystkich 10 przypadkach, w których choroba skończyła się zupełnem rozejściem się sprawy zapalnej, leukocytoza była wyraźna i stała. Leukocytoza zaczyna się zwykle zaraz od początku choroby. Nie mieliśmy możności badania krwi w samym początku podczas dreszczu; w jednym jednak przypadku badaliśmy krew w 18 godzin od początkowego dreszczu i znaleźliśmy już wyraźną leukocytozę (14,000 białych ciałek krwi w 1 sześć. mm.). Ilość białych ciałek w 1 sześciennym milimetrze krwi była różną, od 12,000 do 52,000, najczęściej 18—20,000, czyli ilość leukocytów była średnio 3 razy większą, aniżeli w okolicznościach prawidłowych (7—8,000). Największą ilość białych ciałek krwi znajdywaliśmy w samym końcu choroby przed krytycznym spadkiem ciepłoty. Podczas przesilenia leukocytoza odrazu wyraźnie zmniejsza się i ilość białych ciałek krwi najczęściej w 24 godzin wraca do granic prawidłowych albo nawet spada niżej prawidła czyli normy (4—6,000). W przypadkach, w których spadek gorączki odbywa się powoli, t. zw. spadek *per lysim*, tam też i leukocytoza powoli ustępuje. Jeżeli w przebiegu choroby występuje t. zw. przesilenie rzekome (*pseudocrisis*), to leukocytoza nie zmniejsza się, lecz przeciwnie pozostaje w dawnym stopniu.

Wszystko to są ogólne zasady, wywiedzione z przeważnej liczby przypadków. Wyjątki od tych zasad zdarzają się często. Na 8 przypadków zapalenia płuc, które zakończyły się krytycznie (przesileniem), tylko w 6 leukocytoza wyraźnie odrazu opadła, w dwóch zaś leukocytoza po przesileniu zmniejszyła się tylko i wróciła do granic prawidłowych w jednym przypadku na drugi dzień a w drugim na trzeci dzień po przesileniu. W obu tych przypadkach leukocytoza podczas gorączki była znaczna; ilość białych ciałek przechodziła 30,000 w jednym sz. mm. krwi. W obu tych przypadkach również sprawa zapalna w płucach powoli się rozchodziła. Rzekome przesilenie *(pseudocrisis)* spotykaliśmy w dwóch przypadkach. W jednym na czwarty dzień choroby wystąpił spadek ciepłoty do 36.5° r. i 37° w., leukocytoza jednak nie ustąpiła a trzymała się w granicach, w jakich ją znaleźliśmy poprzedniego dnia (30,000); na piętnasty dzień ciepłota znów się podniosła do 38·5° i dopiero na szesnasty dzień choroby wróciła stale do normy a równocześnie leukocytoza spadła na 14,000 b. c. k. w 1 sz. mm. W drugim przypadku na czwarty dzień choroby znaleźliśmy spadek ciepłoty do 37·3° i równocześnie ilość leukocytów spadła z 18,000 na 8,000; tymczasem już wieczorem tegoż dnia ciepłota podniosła się do 39·5° i choroba trwała jeszcze trzy dni, aż zakończyła się 8 dnia przesileniem rzeczywistem; w ciągu gorączki leukocytoza znowu wystąpiła i pozostawała w jednej mierze do przesilenia. — Dodać musimy, że mówiąc tu o rzekomem przesileniu mamy na myśli niespodziewane, krótko trwające spadki ciepłoty, po których choroba znów się obostrza i trwa od 24 godzin do kilku dni. Nie wliczamy zaś tutaj tych niewielkich wzniesień ciepłoty, które występują pierwszego lub drugiego wieczora po przesileniu rzeczywistem i które żadnego wpływu na przebieg leukocytozy nie okazują.

W dwóch przypadkach zapalenia płuc z zejściem śmiertelnem leukocytozy nie było. W jednym przypadku zaraz po przybyciu chorej do szpitala, znaleźliśmy leukocytozę (16,000), jednak już następnego dnia ilość białych ciałek krwi spadła do 4,000 i w takim stopniu trzymała się do samej śmierci chorej przez trzy dni. W drugim przypadku obserwowaliśmy chorego tylko dwa dni. Chory przybył do szpitala 5. dnia choroby i badanie krwi dokonane wtedy pokazało 4,000 białych ciałek w 1 sześć. mm. krwi; szóstego dnia chory zmarł. W obu przypadkach sekcya wykazała zapalenie płuc w okresie szarego zwątrobienia.

Powyższe rezultaty otrzymaliśmy z badań krwi za pomocą liczenia białych ciałek. Teraz musimy wspomnieć o rezultatach badania zabarwionych preparatów. We wszystkich przypadkach zapalenia płuc, gdzie tylko spostrzegano leukocytozę, znajdywaliśmy dość znaczne powiększenie się komórek wielojądrowych. W prawidłowych okolicznościach komórki wielojądrowe stanowią 75% wszystkich białych ciałek krwi; tymczasem w przypadkach leukocytozy w zapaleniu płuc włóknikowem spotykamy 80—90% wielojądrowych komórek. Stósownie zmniejsza się liczba limfocytów małych i dużych. Głównie stósunkowa liczba małych limfocytów wyraźnie zmniejsza się; duże nie ulegają takim znacznym wahaniom. Spotykamy więc małych limfocytów 15—10 a nawet czasem 6% tylko, zamiast prawidłowego 20—23%. To zmniejszenie ilości limfocytów jest tylko względnem; ogólna ich ilość jest taka sama, jak i w okolicznoćciach prawidłowych. Jeżeli na 20,000 białych ciałek krwi znajdujemy 8% naprzykład małych limfocytów, to ilość tych ostatnich w 1 sześć. mm. równa się 1,600, co w zupełności odpowiada okolicznościom prawidłowym, gdzie na 7,000 białych ciałek w 1 sześć. mm. limfocytów spotykamy 20% czyli w ogólnej ilości 1,400—1,600 na jeden sześć. mm. krwi. W przypadpadkach, gdzie leukocytoza jest znaczna, gdzie dochodzi 30—40,000, tam ilość limfocytów pomimo wyraźnego procentowego zmniejszenia się jest większa, aniżeli prawidłowa; dochodzi bowiem 3—4000, w jednym sześć. mm. krwi. Równocześnie zauważyć możemy, że krew chorych na zapalenie płuc podczas trwania leukocytozy nie zawiera wcale eozynofilnych komórek. We wszystkich 10 przypadkach ani razu

[1]) *Przegląd lekarski.* 1890.

[2]) Klein w swej pracy p. t.: Kilka słów o badaniu klinicznem krwi. *Medycyna.* 1893., wyróżnia 10 rodzajów białych ciałek krwi. Z tych pierwszy i drugi odpowiadają małym i dużym limfocytom, trzeci rodzaj obejmuje komórki przejściowe, czwarty i siódmy rodzaj przedstawiają właściwie leukocyty w rozpadzie; piąty rodzaj Kleina odpowiada naszym komórkom wielojądrowym a szósty eozynofilnym. Trzy ostatnie rodzaje, jako bardzo rzadko napotykane, bez szkody mogliśmy wypuścić w opisie.

nie zdarzyło mi się znaleść jednej choćby komórki, barwiącej się właściwym sposobem eozyną. Bardzo mało również w tejże krwi znajdujemy i płytek Bizzozera.

Powyżej skreślony obraz wyraźnie się zmienia, jeżeli badamy krew po spadku ciepłoty, po przesileniu się choroby. Wtedy ilość komórek wielojądrowych zmniejsza się do 60 a nawet 44%, ilość zaś małych limfocytów stósownie się powiększa do 30—41%. I ilość dużych limfocytów zwiększa się niekiedy do 10% kiedy prawidłowo stanowią one 2—3%. I to zwiększenie się ilości limfocytów jest tylko pozorne. Jeżeli w końcowych okresach choroby przy 20,000 białych ciałek krwi było 1,600—1,800 małych limfocytów, to równą prawie ilość widujemy po przesileniu, licząc 30% limfocytów w ogólnej liczbie 6000. Jednem słowem limfocyty ulegają bardzo niewielkim zmianom co do ilości; ilość ich pozostaje i podczas leukocytozy i po ustąpieniu jej równą lub przedstawia bardzo niewielkie różnice. Ulegają tylko wyraźnym ilościowym zmianom komórki wielojądrowe, których liczba, wynosząca podczas leukocytozy 16—24,000, spada do 4,000 po przesileniu się choroby (prawidłowo 5—6,000 w jednym sz. mm. krwi). (C. d. n.).

II. Z kliniki położniczej we Lwowie.

O cięciu cesarskiem.

Podał

prof. Dr. A. Czyżewicz.

(Dok. Patrz Nr. 46.)

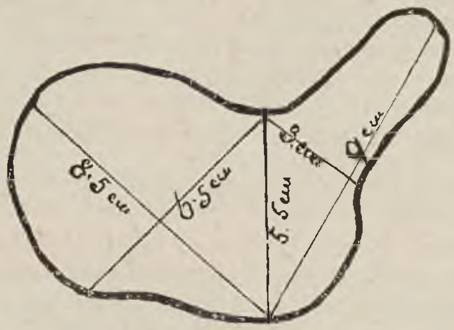
II. Marya M., lat 20, rz. kat., stanu wolnego, służąca, zamieszkała we Lwowie, przybyła do kliniki dnia 5. stycznia 1892 r. jako brzemienna. Wywiady bez znaczenia. Karlica mająca 131 cm. długości ciała, licho odżywiona, o wiotkich mięśniach, z objawami bardzo znacznej krzywicy. Żebra w końcach przychrząstkowych zgrubiałe, kręgosłup od 5. do 11. kręgu piersiowego skrzywiony ku stronie prawej i tyłowi, w części lędźwiowej znacznie ku przodowi wygięty, kość krzyżowa mocno ku tyłowi, guziczkowa prawie pod prostym kątem do krzyżowej przyczepiona, mało ruchoma. Kończyny dolne równej długości (chora leży), od grzebienia kości biodrowej *(crista ossis ilaei)* do pięty po 71 cm., natomiast do kolana na prawej nodze 32 cm., na lewej 35 cm. Kości podudzia wygięte ku środkowi, kształtu szabli tureckiej. Ruchy chorej niepewne, chodząc przegina tułów z jednej strony na drugą. Brzuch mocno obwisły; świeże pręgi. Dno macicy 7 cm. poniżej wyrostka mieczykowatego; położenie płodu czaszkowe I. ruchome, tętno jego wyraźne. Pochwa wydłużona, część pochwowa na 2 cm. długa, wysoko po stronie lewej. Ujście macicy zewnętrzne gładkie, przepuszcza koniec palca.

Wymiary miednicy: *interspinalis 22 cm., intercristalis 23, intertrochantericus 28* (musiał wypaść nieco ukośnie), *conj. extr. 13, diagonal. 7, vera 5·5 cm.* Guzy siedzeniowe od siebie 11 cm. Odległość dolnego brzegu spojenia łonowego od największej wypukłości linii bezimiennej po stronie prawej 8·5, po lewej 9 cm. Odległość wzgórka kości krzyżowej od przeciwległego brzegu linii bezimiennej, ponad otworem owalnym, po prawej 6·5, po lewej 3 cm. Wzgórek kości krzyżowej skierowany ku lewej połowie miednicy, weiśnięty do wchodu, ścieśnia znacznie więcej lewą jego połowę. Lewa połowa miednicy jest tak wązka, że palec wprowadzony czuje jednocześnie tylny i przedni brzeg linii granicznej i łatwo dostaje się do największej a końcowej jej wypukłości. Kość krzyżowa mocno zwichnięta ku tyłowi i stronie lewej, guziczkowa sterczy do wychodu.

Rozpoznanie: Ciężarna pierwiastka w ostatnim miesiącu ciąży, z położeniem czaszkowem I. ruchomem żywego płodu, z miednicą krzywicową, niepomiarową, w najwyższym stopniu ścieśnioną. Bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego.

Kształt wchodu miednicy — wymiary w połowie naturalnej wielkości.

prawo



lewo

Poleciłem chorej ciepłe kąpiele co kilka dni i obmywanie brzucha wodą sublimatową 1°/₀₀. Dnia 1. lutego wieczorem wystąpiły bóle w krzyżach z wyraźnemi obkurczeniami macicy, przestanki bardzo nierówne. Pozostała w łóżku. Badana 5. lutego okazuje wyraźną czynność porodową. Ujście zewn. macicy na wielkość centa rozwarte; palec dochodzi do błon płodowych i do ruchomej główki, wysoko ułożonej. Obserwując chorą dokładnie przez dłuższy czas a szczególnie w ostatnich dniach, nabrałem przekonania, że wobec nadmiarowego rozszerzenia macicy o cienkich ścianach, znacznej ilości wód płodowych i leniwej czynności porodowej, będę miał do czynienia z bezwładnością macicy. Postanowiłem użyć do cięcia cesarskiego metody Porry i czekać z wykonaniem operacyi tylko do czasu, jak wystąpią bóle porodowe w regularnych odstępach bez względu na ich siłę Chora zgodziła się na operacyę i jedyną jej troską było, co pocznie z dzieckiem, którego wyżywić nie potrafi. Dnia 8. lutego dopiero od nocy występowały bóle porodowe w regularnych odstępach i tegoż dnia o godzinie 4. po południu, przy wyraźnej czynności porodowej od przeszło 12 godzin trwającej, ujściu macicznem na $1^1/_2$ cm. średnicy rozwartem, przystąpiłem do operacyi.

Narkoza chloroformowa na stole operacyjnym w pokoju oddziału chirurgicznego dobrze ogrzanym; obmycie brzucha wodą sublimatową, z oczyszczeniem i usunięciem włosów, odprowadzenie moczu. Cięcie wzdłuż linii białej na 18 cm. długie, jak przy I. Wytoczenie olbrzymiej macicy przed powłoki brzuszne. Utrzymanie jelit i sieci ciepłemi kompresami z założeniem poza wytoczoną macicę szwu bezpieczeństwa w powłokach brzusznych. Objęcie macicy oburącz przez asystenta w wysokości ujścia wewnętrznego. Przednia ściana macicy okazuje grube, mocno wypełnione żyły, z których wnosiłem, że natrafię na łożysko na przedniej ścianie. Cięcie macicy wysoko, prawie w dnie, doszło nie do błon płodowych, tylko do miąższu łożyska, szybkie rozszerzenie rany ku dołowi po palcach odklejających łożysko, krzywemi mocnemi nożyczkami, szybkie odklejenie mniejszej połowy łożyska, wydobycie za nogi dziecka, które zaraz mocno krzyczeć zaczęło, i odpępnienie; odklejenie reszty łożyska i wydobycie popłodu. Znaczny krwotok. Macica po wypróżnieniu wcale nie kurczy się; pomimo wszelkich środków pobudzających do ściągania, wygląda jak duży kapciuch i krwawi mocno. W miejsce rąk komprymujących opaska elastyczna, dokładnie przyciągnięta. Podwiązanie jedwabiem obu perymetryów, przypalenie Paquelinem i odcięcie za jednym razem całej macicy powyżej podwiązki. Następnie przypaliłem brzegi rany i szyję macicy. Opaska elastyczna popuściła teraz i musiałem poniżej założyć drugą silniej przydzierzgniętą. Wskutek tego było napięcie szypułki za mocne i utrudniało zeszycie jej otrzewnej z otrzewną przeciętą jamy brzucha, w celu zamknięcia zupełnego jamy błony brzusznej. Przez miąższ kikuta przebiłem dwie mocne igły, w celu umocowania go w powłokach brzusznych. Oczyszczenie jamy brzucha. Na powłoki brzuszne 8 szwów węzełkowych, omijających otrzewnę i szew ciągły, powierz-

chowny. Oczyszczenie pola operacyjnego, posypanie kikuta i rany proszkiem jodoformowym, zwykły opatrunek uciskający.

Operacya trwała 45 minut. Dziecko płci męzkiej ważące 3800 grm., długie na 53 cm., do pępka na 27 cm. Obwód główki 36, prosty 11, ukośny 13, poprzeczny 10 i 8.5, szerokość barków 10·5 cm. Łożysko 500 grm. na 20 cm. długie a na 14 cm. szerokie.

Pierwszą noc po operacyi chora spała spokojnie, żadnych wymiotów.

9. lutego ciepłota 37, tętno 64, wieczór ciepł. 37·6, t. 78, wino.

10. ciepł. 37, t. 72, wiecz. ciepł. 37·7, t. 70, kilka razy wymioty.

11. ciepł. 37·2, t. 60, wiecz. ciepł. 37, t. 80, mleko.

12. ciepł. 37, t. 60. W południe podniosła się ciepłota do 38, t. 80, *galactostasis*, wieczór spadła na 37·8, t. 78.

13. ciepł. 37, t. 66, wiecz. ciepł. 37·5, t. 80.

14. ciepł. 37·2, t. 70, wiecz. ciepł. 37, t. 80. Tak samo do 17. lutego, w którym zdjęto opatrunek. Był całkiem suchy. Z powodu braku stolca olej rącznikowy: 2 stolce; wieczorem wzdęcie: makowiec. Zamiast jodoformu do posypywania dermatol.

18. lutego dostała mięso, 22. lutego przy zmianie opatrzenia wyjęto szwy głębokie, w otworach nakłucia ślady ropy, 28. lutego odjęto szwy powierzchowne, wszędzie pierwozrost. 6. marca odpadł kikut amputacyjny suchy, twardy, koloru ciemno-cisawego, pozostał mały, brodawkujący lejek, który po dwukrotnem pomazaniu azotanem rtęciowym w ciągu tygodnia całkiem się zabliźnił.

W celu odżywienia operowanej oraz wynalezienia dla dziecka jej jakiegoś umieszczenia, aby go wraz z matką. nie mającą śladu pokarmu w piersiach, nie wyrzucić na ulicę, trzymałem je w klinice do 20. kwietnia. Matka była dobrze odżywiona, zajmowała się od 5 tygodni już drobnemi posługami; dziecko znakomicie odkarmione, tłuste, duże, umieściłem w prywatnym zakładzie podrzutków. W kilka dni dostało ono ostrego nieżytu kiszek i w 14 dni w szpitaliku dzieci umarło.

Przebieg więc gojenia rany był bezgorączkowy, za pomocą pierwozrostu, bez żadnych komplikacyj. W 4 tygodnie wygojenie zupełne.

III. Breidla K., izraelitka, lat 41, żona żebraka, przysłana w bolach porodowych z Leżajska ($2^1/_2$ mil wozem, 18 koleją) do kliniki 16. lipca 1892. o godz. 4. w nocy. Pierwiastka, brzuch mocno obwisły, dno macicy 5. cm. poniżej wyrostka mieczykowatego, położenie płodu czaszkowe I. ruchome. Z części pochwowej tylko rąbek z ujściem przepuszczającem palec, wysoko ułożonem i znacznie ku lewej stronie zwróconem. Slabe bóle porodowe; nad ranem odeszły wody płodowe.

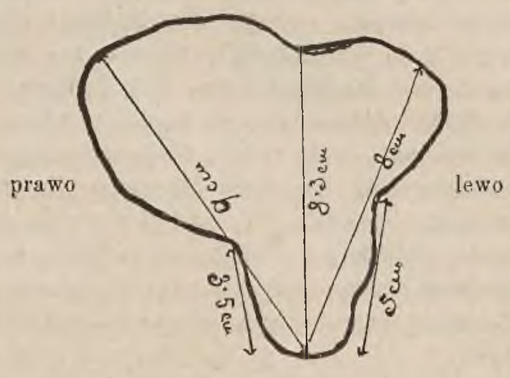
Przy wizycie rannej 17. lipca macica około płodu obciągnięta, główka odcinkiem tylko przyparta do wchodu miednicy, pomimo, że była mała i miękka; przedgłowie; ujście zewnętrzne macicy wielkości centa. Badana, zaraz po przybyciu należycie wykąpana, przedstawia typowy obraz karlicy wynędzniałej i tak pokrzywionej, że trudno znaleść jedną kość kształtu ludzkiego, z wyrazem twarzy i zachowaniem się matołka bardzo przypominającemi. Długość ciała 108 cm. Stos kręgowy w części piersiowej zgięty mocno ku stronie lewej, w części lędźwiowej odpowiednio wypuklony ku prawej i prócz tego ku przodowi. Kość krzyżowa mocno ku tyłowi i lewej stronie zwrócona. Kości uda mocno kabłąkowato ku przodowi wygięte, podudzia mocno esowato rozbieżnie ustawione. Od krętarza do kolana 32 cm., od kolana do pięty 35 cm.

Wymiary miednicy: *interspinalis 22·5 cm., intercristalis 23·5, intertrochantericus 26·5, conj. extr. 15 cm., diagonalis 10 cm., vera 8·8 cm.*

Odległość dolnego brzegu spojenia łonowego od największej wypukłości linii bezimiennej po stronie prawej 9 cm., po lewej 8 cm. Odległość spojenia łonowego od punktu skrzywienia gałęzi poziomych kości łonowych w kształcie dziuba osteomalatycznego po prawej 3·5 cm., po lewej 5 cm. Kość krzyżowa płaska, ku tyłowi odchylona, ku lewej połowie miednicy zwrócona, łączy się z guziczkową bardzo mało ruchomą, prawie pod kątem prostym.

Rozpoznanie: Pierwiastka w I. okresie porodu z przedwczesnym odpływem wód płodowych, nieustalonem położeniem czaszkowem I. żywego dziecka, z miednicą mocno ścieśnioną, rzekomo osteomalatyczną niepomiarową i główką dziecka małą, łatwo ściśliwą.

Kształt wchodu miednicy — wymiary w połowie naturalnej wielkości.



Ze względu na małą główkę, wprawdzie nieustaloną, ale bardzo mało poruszyć się dającą, na przedgłowie oraz poród pomimo słabych bolów przecież postępujący, postanowiłem wyczekiwać silniejszych bolów porodowych i w razie potrzeby rozmiażdżyć główkę.

Dnia 18. lipca, więc w 24 godzin, zastałem chorą wyczerpaną ciągłemi, choć słabemi bólami, bardzo niecierpliwą i niespokojną; szyja macicy wyciągnięta i rozcieńczona, dno zato grube i twarde, ujście zewnętrzne przepuszcza zaledwo 2 palce, główka nieruchoma. Słowem zamiast spodziewanego znacznego postępu w porodzie, cały stan chorej zrobił na mnie wrażenie, że dalsza bezczynność sprowadzi niebawem przedarcie macicy. Założenie świdra przy nader wysokiem ustawieniu główki i nader nieforemnej miednicy mogło nastąpić tylko z niemałemi trudnościami, wydobycie zaś zmiażdżonej główki i dziecka jeszcze z większemi. Ponieważ tętno płodu było wyraźne, postanowiłem zaproponować chorej cięcie cesarskie z wskazaniem względnem, gdyż wykonanie kraniotomi było możliwem, a gdy chora zgodziła się chętnie na tę operacyę, przystąpiłem do niej o godzinie 11. rano.

Ułożenie chorej, narkoza chloroformowa, podczas której chloroformowana bardzo niespokojna, oczyszczenie pola operacyjnego, wypróżnienie pęcherza moczowego. Cięcie w linii białej na 15 cm. długie. Przy niem naciąłem otrzewnę na macicy w długości 3 cm., z winy całkiem tępego noża, który po raz pierwszy wzięty, okazał się nieobciągniętym. Jelita i sieć utrzymane kompresami antyseptycznemi. Wytoczenie macicy przed powłoki brzuszne. Na przedniej jej ścianie rozległa sieć grubych naczyń żylnych okazywała, że łożysko leży na przedniej ścianie i wejdzie w ranę. Teraz należało uchwycić dolną część macicy między obie ręce i ścisnąć ją w miejsce opaski elastycznej Pokazało się przytem, że główka odcinkiem zaklinowana we wchodzie i należało ją pierwej uwolnić, aby przy wydobyciu dziecka nie robiła trudności. W tym celu jeden z asystujących musiał palcem do pochwy wprowadzonym wypychać główkę ku górze a drugi obejmujący rękami macicę wytłaczać ją jednocześnie nad wchód miednicy. Główka wyskoczyła wskutek takiego postępowania nagle ku górze, poniżej jej obcisnął rękami asystent macicę i wykonałem w zwykły sposób przecięcie macicy w linii środkowej. Natrafiłem całe łożysko w ranie, znaczny krwotok, szybkie odklejenie łożyska i wydobycie dziecka lekko omdlałego oraz popłodu. Macica obkurczyła się szybko, ale i równie szybko zwolniała. Pomimo nacierania i pomazywania kawałkiem lodu, mięsienia i ergotyny, brak kurczliwości; macica z przodu na tył bardzo gruba, krew sączy się obficie.

Wtłoczyłem do otwartej jamy długi pasek gazy jodoformowej, wysuwając go długiemi obcążkami przez szyję do pochwy i wypełniłem gazą całą jamę. Ergotyna podskórnie. Sześć szwów głębokich z ominięciem błony doczesnej. Pomimo tego sączy się krew a przy gnieceniu macicy z przestworów między szwami wypływa obficie. Założyłem jeszcze 5 szwów węzełkowych i teraz dopiero dokładne osiągłem zamknięcie rany tak, że mogłem ją pokryć za pomocą szwu ciągłego zespojoną i sfałdowaną otrzewną. Po oczyszczeniu rany pokazało się, że przy wytłaczaniu główki przedarła się otrzewna macicy na szyi jej na poprzek. Miałem więc oprócz rany otrzewnowej, skutkiem przecięcia macicy, jeszcze dwie rany tej błony; jedną zrobioną przy przecinaniu powłok brzusznych a drugą przy wytłaczaniu główki. Obie zaszyłem szwem Lamberta, za pomocą cienkiego jedwabiu. Krwawienie ustało zupełnie. Oczyszczenie jamy brzucha, zanurzenie macicy i zeszycie powłok brzusznych 5. szwami tamponikowemi, tyluż węzełkowemi i pończoszkowym.

Operacya trwała godzinę całą. Zwykłe opatrzenie rany. Dziecko łatwo docucone, przystawione do piersi, chciwie ssać zaczęło. Ciężar jego 1850 grm., długość 44 cm. Obwód główki 31 cm., prosty 10, poprzeczne 8·5 i 7 cm., ukośny 12 cm. Kość czołowa lewa pod boczną lewą, boczna lewa nad prawą, obie boczne nad potylicową. Łożysko 17 cm. średnicy, wagi 340 grm.

Po operacyi z braku innego miejsca umieściłem chorą w pokoju, z którego dopiero usunięto 3 świeże położnice i poleciłem podawać co $1/2$ godziny łyżeczkę koniaku z wodą lub stare wino. Tętno 84. O godz. 4. po południu ciepłota 36·2, tętno 80. Chora tak niespokojna, pomimo wszelkich przedstawień rzuca się na łóżku, przewraca się i siada, że usadowiłem przy łóżku 2 praktykantki, które miały polecone choćby siłą utrzymywać chorą w położeniu w znak. W nocy częste wymioty.

19. lipca wymioty ciągłe nie ustają. Przypisywałem je, w braku objawów otrzewnowych, drażnieniu gazy jodoformowej, którą wypełniłem macicę podczas operacyi. Zbadawszy bardzo ciągle niespokojną chorą wewnętrznie, przekonałem się, że końca skrawka gazy, którym wypełniłem macicę, niema ani w pochwie, ani w ujściu zewnętrznem. Ostrożnie ułożyłem chorą na krawędzi łóżka, założyłem wziernik Fergusona, za pomocą szczypczyków Bandla uchwyciłem gazę w macicy i nie bez trudności, z użyciem pewnej siły, wydobyłem ją w całości z macicy. Gaza zabarwiona krwawo nie cuchła. Odtąd ustały wymioty zupełnie, pomimo, że chora ciągle najniespokojniej w łóżku się zachowywała, nawet na brzuch się kładła. Około południa dla uspokojenia podskórnie 0·01 morfiny. Sen kilka godzin. Wieczór znów niepokój, znów morfina i sen. Ciepłota rano i wieczór 37, tętno 112 i 100.

20. lipca wzdęcie brzucha mierne. Ciepłota rano i wieczór 37, tętno 112 i 120. Poty.

21. wymioty dwa razy. Ciepł. 37, t. 120, ale przepuszczające. Kofeina.

22. ciepł. 36·8, w. 37·3, t. 116 i 120. Wymioty ustały, po lawatywie stolec. Rosół.

23. ciepł. 36·7 i 37·5, t. 112 i 120. Kaszel, lekka sinica i kłucie w boku prawym, *digitalis* 1:100.

24. ciepł. 37 t. 100 i 108, wypróżnienie po lawatywie. Szwy tamponowe odjęto, pierwozrost. Winna polewka i mleko.

27. odjęto szwy powierzchowne i znów lawatywa ze skutkiem.

28. stan całkiem dobry, potrawka z kury. Tak samo 31. Po zmianie opatrzenia i lawatywie, o godz. $10^3/_4$ rano, nagle utrata przytomności, oddech płytki, szybki, charczenie, tętno 120—140 przepuszczające, zapad. Całkiem podobny stan, jak w przypadku I., tutaj w 12 dni po operacyi. Eter podskórnie, lód na okolicę serca i *venaesectio*. Około 1. polepszenie, kofeina, koniak.

1. sierpnia ciepł. 37·6, wiecz. 40·5, t. 120, kaszel z odpluwaniem flegmy, lekka sinica i osłabienie. Kompresy chłodne na klatkę piersiową co 2 godziny, koniak, naparstnica z kofeiną. Ostry nieżyt oskrzeli wywołany najprawdopodobniej przeciągami z przyczyny letniego oczyszczania budynku.

2. ciepł. 37, t. 120. Kaszel z obfitem odpluwaniem. *Ipecacuanha.*

3. Stan bezgorączkowy, *polygala senega*, kurcze. Odtąd rekonwalescencya szybka bez żadnego zboczenia tak, że 18. kąpiel i w 16 dni zupełne wyleczenie.

Przebieg więc pooperacyjny był zupełnie pomyślny Jedyne zboczenie wywołał ostry nieżyt oskrzeli przypadkowy, w którego rozwoju nastąpił znów nagły, chwilowy zapad, bez śladu krwotoku wewnętrznego, w którym wykonano nawet wenesekcyę. Zmian w sercu nie wykryto żadnych.

Chora wraz z zdrowem i bardzo ładnie odżywionem dzieckiem opuściła klinikę dopiero 20. września. Oprócz przyczyn przytoczonych przy poprzednich przypadkach, zatrzymano ją do mego powrotu z wakacyj, oraz musiano przeprowadzić z gminą, do której przynależała, korespondencyę, co do jej odbioru. Przybył po nią policyant dostawny z 10. centami dla kupienia mleka dziecku, w drodze 20 to milowej. Co się z nimi później stało, nie wiem.

III. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46.)

Jeszcze częściej dają powód do błędnego rozpoznania złudzeń lub omamów tak zwane marzenia półsenne, zdarzające się najpospoliciej u osób padaczkowych, rzadziej u osób nerwowo chorych lub tylko bardzo wrażliwych. Clemens (*Deutsch. Vrtljschr. 1853*) opisuje bardzo ciekawy przypadek tego rodzaju w ten sposób: „wyjmowałem raz pewnej kobiecie przy pomocy noża drzazgę z palca. Pomimo, że nie zaszła żadna zmiana w tętnie ani ciepłocie ciała tej osoby, patrzącej otwartemi oczyma przed siebie, ujrzała się ona nagle przeniesioną na piękną łąkę przy brzegu strumyka, zbierała tam kwiaty i przyniosła je potem swoim znajomym. Stan ten trwał dopóty, dopóki nie skończył się wspomniany mały rękoczyn i minął potem sam przez się bez użycia żadnych środków leczniczych“. Stan taki możnaby nazwać wedle Hagena, który ten przypadek przytacza, zachwytem urazowym, nie można go jednak uważać za obraz omamowy we właściwem tego wyrazu znaczeniu.

Omamy wtedy tylko mamy przed sobą, gdy pewne osoby obok przedmiotów rzeczywistych świata zewnętrznego spostrzegają równie wyraźnie przedmioty, które w otoczeniu nie istnieją. W stanach sennych i półsennych są ludzie przeniesieni niejako w świat marzeń, który z rzeczywistością nic niema wspólnego, i dlatego przedmiotów rzeczywistych świata zewnętrznego albo nie spostrzegają wcale albo też mają o nich niewyraźne tylko poczucie zmysłowe a więc nie mają należytej świadomości o tem, co spostrzegają. — Stany takie bywają nieraz sztucznie wywołane przez pewne leki, jak makowiec, haszysz i t. p. Zdarza się często, że przedstawiające się w stanach tych, przeróżne objawy zmysłowe biorą osoby, których się to tyczy, za rzeczywistość, gdyż nieraz świadomość w takich razach mąci się częściowo, tylko tak, że przedmioty marzone i rzeczywiście spostrze-

gane mięszają się ze sobą i świat marzeń od świata rzeczywistego nie daje się dokładnie rozróżnić. W takich przypadkach widziadla t. j. obrazy zmysłowe półsenne nabierają znaczenia omamów rzeczywistych. Dzieje się to nieraz u osób wycieńczonych z powodu głodu a szczególnie u rozbitków okrętowych, gdzie oprócz głodu działa także mocne wzruszenie umysłowe.

To samo spotykamy także u osób znużonych bezsennością przez czuwanie lub pracę nocną. Osoby takie popadają w sen mimo największych wysiłków woli a gdy się w tym śnie budzą same, lub gdy je zbudzą inne osoby, często chwilowo nie mogą się oryentować; zostając bowiem pod wrażeniem obrazów sennych a spostrzegając nadto po przebudzeniu się obrazy rzeczywistych przedmiotów świata zewnętrznego, nie mogą w pierwszej chwili rozróżnić dokładnie jednych od drugich i biorą nieraz za rzeczywistość to, o czem śniły tylko.

Obrazy zmysłowe, jakie mamy we śnie, mają bardzo często siłę i wyrazistość obrazów zmysłowych rzeczywistych do tego stopnia, że je po obudzeniu się z trudnością odróżnić możemy od obrazów zmysłowych rzeczywistych i to dopiero po głębszem i dokładnem zastanowieniu się i rozpatrzeniu szczegółowem wszystkich okoliczności. Takie obrazy senne bardzo często biorą za obrazy zmysłowe rzeczywiste te osoby, u których czynności umysłowe są o tyle upośledzone, że dokładne zastanowienie się i ścisła krytyka, jaka do tego jest konieczna, u nich staje się niemożliwą.

Osoby takie uważają często za obrazy rzeczywiste wspomniane wyżej obrazy wyobraźni a nawet nie potrafią rozróżnić dokładnie tego, o czem myślały lub słyszały z opowiadania, albo też co czytały, od tego, co w rzeczywistości widziały i słyszały, względnie czego istotnie doświadczyły. Jeżeli osoby takie opowiadać będą o tego rodzaju rzeczach, tylko w swej wyobraźni wytworzonych, jak o rzeczach rzeczywistych, będziemy mieli przed sobą nie omamy, ale tak zw. złudzenia pamięciowe, pojawiające się bardzo często w przebiegu różnych chorób umysłowych, cechujących się mniejszem lub większem upośledzeniem władz umysłowych.

Niezawodnie każdy z nas nieraz już doświadczył tego, że, gdy się ułoży do snu i przymknie powieki, nim jeszcze zaśnie, spostrzega różne widziadła przed sobą, zmieniające się nieraz co chwilę. Widziadła te mają często wielkie podobieństwo do rzeczywistych obrazów zmysłowych pod względem swej wyrazistości, znikają jednak zazwyczaj natychmiast po otworzeniu powiek. W prawidłowym stanie umysłu możemy bardzo łatwo poznać, że to są obrazy rozpoczynającego się snu; więc nie możemy takich obrazów sennych brać za rzeczywiste omamy, możemy je jednak nazwać omamami wrzekomemi (*pseudohallucinationes*). W nieprawidłowym stanie umysłu i wielkiej drażliwości ośrodków zmysłowych podkorowych zdarzyć się może, że te półsenne obrazy będą miały taką siłę i wyrazistość, że osoby, których się to tyczy, nie potrafią ich odróżnić od rzeczywistych obrazów zmysłowych, gdyż widzenia te pojawić się mogą w tym razie i przy otwartych powiekach. W takim przypadku obrazy te przestaną być omamami wrzekomemi a staną się rzeczywistemi. Gdy stan umysłu tych osób poprawi się tak, że dokładne zastanawianie się i krytyka staną się możliwemi, wtedy osoby te potrafią odróżnić te widziadła półsenne od rzeczywistych obrazów zmysłowych i sami nazywać je będą przywidzeniami, t. j. omamami wrzekomemi. Między temi omamami wrzekomemi a rzeczywistemi istnieje przeto różnica tylko pod względem stopnia a nie pod względem istoty rzeczy. Czy w danym jakimś przypadku choroby umysłowej mamy istotnie do czynienia z omamami zmysłowemi, to nie zawsze da się stanowczo rozstrzygnąć i z pewnością można powiedzieć z Hagenem, że często rozpoznaje się omamy zmysłowe tam, gdzie ich w rzeczywistości niema. Jeżeli często trudną jest rzeczą rozpoznać, czy mamy przed sobą omamy, to jeszcze trudniejszem nieraz jest rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku mamy do czynienia z omamami, czy ze złudzeniami zmysłowemi. Niekiedy rozróżnienie to staje się wprost niemożliwem, zwłaszcza w zakresie czucia podmiotowego a także w zakresie zmysłu smaku i powonienia; dlatego też, jak już wspomniałem, niektórzy psychiatrzy, zwłaszcza niemieccy, nie rozróżniają ściśle omamów od złudzeń i oba te rodzaje zboczeń zmysłowych obejmują jednem mianem *Sinnestäuschungen*.

Arndt (*Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. 1886. B. VI. S. 217.*) jest przeciwnym ścisłemu rozróżnianiu omamów od złudzeń zmysłowych i mówi: „Takie podmiotowe poczucia zmysłowe, które mają cechę wyobrażeń, zowią się omamami; inne zowią się tylko poczuciami podmiotowemi. Przedmiotowe poczucia, noszące jednak piętno podmiotowości podobnie jak w omamach, a więc poczucia i wyobrażenia nie odpowiadające podnietom, pochodzącym od danych przedmiotów rzeczywistych, zowią się złudzeniami. Między złudzeniami a omamami niema przeto żadnej istotnej różnicy. Od samego początku sztuczne to rozróżnianie okazuje się coraz bardziej niewłaściwem i nieuzasadnionem a jeżeli dziś jeszcze kto robi jakie w tym względzie wysiłki, opiera się tylko na wywodach naciąganych (*Spitzfindigkeiten*). Rozróżnianie omamów od złudzeń może mieć obecnie chyba tylko historyczne znaczenie". Tego samego zdania jest Sander i wielu innych.

Takie jednak mięszanie różnych zboczeń bez rozróżniania ich należytego nie jest wcale korzystnem dla nauki, której zadaniem jest i musi być zawsze, zdawać sobie najdokładniej sprawę ze wszystkich, ile można, objawów życiowych, bo tylko w ten sposób możemy z czasem przyjść do należytego ich zrozumienia. Widzieliśmy, że tak zwolennicy teoryi duchowej bezwzględnej i względnej, jako też zwolennicy teoryi zmysłowej o powstawaniu omamów zmysłowych mają wiele słuszności w swych zapatrywaniach. Z tego wynika, że prawda jest w pośrodku a przeto ani zwolennicy jednej, ani zwolennicy drugiej teoryi nie mogą mieć bezwzględnej słuszności. To też znajdujemy między psychiatrami wielu zwolenników t. zw. mięszanej teoryi o omamach zmysłowych, w której zdania, na pozór zasadniczo różne, są ze sobą harmonijnie połączone. Kahlbaum rozróżnia na tej podstawie omamy zmysłowe dwojakiego rodzaju: 1) mające swe źródło w pierwotnem zadrażnieniu obwodowych; 2) mające swe źródło w pierwotnem zadrażnieniu korowych zakończeń nerwów zmysłowych. Kahlbaum jest tego zdania, że do powstania rzeczywistych omamów zmysłowych koniecznem jest zadrażnienie odpowiednich, podkorowych ośrodków zmysłowych; zadrażnienie to może jednak wedle niego nastąpić tak drogą dośrodkową, jakoteż drogą odśrodkową. Teorya ta niema wielu zwolenników między niemieckimi psychiatrami, hołduje jej natomiast wielu psychiatrów francuskich.

Bucher (*Discussions sur les illusions et les hallucinations. Annales médico psychologiques. T. XX.*) pisze: „Skoro się przypuszcza, że wrażenie zmysłowe postępuje od zmysłu do narządu przenośnego, z narządu przenośnego do rdzenia przedłużonego a następnie ztąd do mózgu; dlaczego nie możnaby przypuścić, że wyobrażenie zmysłowe może także odbyć drogę odwrotną i przejść na rdzeń przedłużony, ztąd przenieść się na narząd przenośny a z tego przejść na zmysł sam, t. j. dojść w końcu do siły i cechy wrażenia zmysłowego zewnętrznego?“ Baillarger (*Des hallucinations psychosensorielles. Annales médico psychologiques. T. VII.*) rozróżnia także dwojakiego rodzaju omamy: 1) duchowe (psychiczne), 2) zmysłowe (sensoryczne). Marcé (*Traité pratique des maladies mentales. Paris. 1862*) jest także wyznawcą teoryi mięszanej, t. j. tak zwanej duchowo-zmysłowej. Do tego samego obozu należy Morel (*Traité des maladies mentales 1860*). Ten autor rozróżnia następujące rodzaje omamów i złudzeń zmysłowych. 1) Omamy i złudzenia (omamowe) pochodzące ze zboczeń w układzie nerwowym zwojowym, t. j. mające swe źródło w zmianie czynności narządów odżywczych. Tu należą uczucia śledziennicze najrozmaitszego rodzaju, dające powód do najrozmaitszego rodzaju błędnych wyobrażeń i myśli zwanych urojeniami. 2) Omamy i złudzenia (omamowe), mające swe źródło w nieprawidłowem zadrażnieniu nerwów zmysłowych. 3) Omamy mózgowe samoistne, przychodzące do skutku w przekrwieniach i różnych innych chorobach samoistnych mózgu. Tak samo nadmierna krwistość a z drugiej strony niedokrewność a więc nadmiar i niedostateczna ilość krwi mogą wywoływać omamy zmysłowe skutkiem zboczeń w czynności mózgu. Sprawy zapalne w oponach mózgowych i w korze mózgowej bywają także bardzo często przyczyną omamów zmysłowych. Jak widzimy, Morel nie uwzględnia osobno ośrodków zmysłowych podkorowych i korowych 4) Omamy mózgowe towarzyszące różnym chorobom ogólnym ustroju. Tu należą omamy zmysłowe pojawiające się w przebiegu duru i różnych ostrych chorób zakaźnych. Brierre de Boismont podaje w swem dziele *Traité des hallucinations* bardzo wiele przykładów omamów tego rodzaju. 5) Omamy powstałe skutkiem działania różnych trucizn do krwi wprowadzonych, jak np. wyskoku, nikotynu, makowca i t. p. 6) Omamy półsenne (*hallucinations hypnagogiques*). Nazwę tę wprowadził Maury (*Annales médico-psychologiques T. XI.*) na oznaczenie różnych zjawisk zmysłowych, przedstawiających się na początku, względnie na końcu snu a więc w stanie półsennym. Jak już wspomniałem, najczęściej okazują się omamy półsenne u osób czuwających lub pracujących nadmiernie umysłowo po nocach aż do znużenia. 7) Omamy wyobraźni i pamięci.

Że wyobraźnia bywa czasem źródłem powstawania różnych omamów zmysłowych, stara się Morel udowodnić przykładami. W tym celu przytacza przypadki, gdzie u chorych początkowo nie było ani złudzeń ani omamów, lecz pewne tylko przykre myśli stale trapiły ich umysł. Myśli te przechodziły mimowolnie, ale były tak żywe, że chorym tym zdawało się, iż słyszą je głośno wypowiadane w swojej własnej głowie. W dalszym rozwoju choroby każdy szelest niewyraźny i każdy szmer przedstawiał się w formie słów odpowiadających owym myślom. Chorzy zaczęli doznawać złudzeń zmysłowych. W końcu, przy większem nasileniu się choroby, wystąpiły odpowiednie omamy zmysłowe z początku niewyraźne a później coraz wybitniejsze i wyrazistsze. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Fizyologia.

E. Spiegler: **O odczynie miejscowym po zastósowaniu podskórnem związków chemicznych.**

(Z kliniki dermatologicznej prof. Kaposiego w Wiedniu).

Gdy Klebsowi udało się otrzymać z tuberkuliny inne ciało, które podobnie działa, jednak ogólnej reakcyi nie wywołuje, powstało mniemanie, że tuberkulina składać się musi z dwóch ciał działających, z których jedno trujące (*pyrogen*) ogólne wywołuje objawy; drugie, tuberkulocydyna, tylko miejscowy sprawia odczyn. Już wówczas sposób, w jaki te zjawiska tłómaczono, nie zadawalniał zupełnie; tem mniej jednak, skoro się przekonano, że także inne substancye, z prątkiem gruźliczym nie zostające w związku, podobnie jak tuberkulina, sprowadzają odczyny w tkankach dotkniętych liszajem żrącym (*lupus*), gruźlicą i t. p. Tak zachowują się n. p. sole kantarydynowe. Freund i Kerry otrzymali z gnijących we wodzie ziemniaków substancyę, która wstrzyknięta podskórnie wywoływała reakcyę w obwodowych ogniskach liszaja żrącego, wśród lekkich objawów ogólnych. Doświadczeń tych jednak nie ogłoszono. Prawie równocześnie otrzymał Roemer a później Buchner podobne odczyny po zastósowaniu wyciągów z prątków innych, nieseptycznych. Wreszcie Mosetig, Dizon i Zuill, Horbaczewski podobne zrobili doświadczenia a Hebra był pierwszym, który użył związku chemicznie dokładnie oznaczonego (tyozynamina).

Autor musiał nabrać przekonania, że działanie to nie ma cechy swoistej i że rozchodzi się tu o substancye, które wprowadzone w krążenie drażnią tkanki mocniej unaczynione a niżej uorganizowane. To przypuszczenie zyskuje na prawdopodobieństwie przez znane doświadczenie Kaposiego o oddziaływaniu tkanki mięsaka na tuberkulinę a autorowi również udało się wywołać odczyn miejscowy w nabłoniaku (*epithelioma*) wargi po wstrzyknięciu podskórnem tyofenu. Dlatego zachęcony przez Kaposiego, począł szukać ciał o oznaczonym dokładnie składzie chemicznym i używać ich podskórnie u chorych, dotkniętych gruźlicą lub liszajem żrącym.

Doświadczenia swe, wykonane w klinice Kaposiego, podaje S. szczegółowo. Udało mu się znaleść cały szereg substancyj, z których jedne wyraźniejsze, inne słabsze wywoływały odczyny. Do tych ciał należą: tyofen, benzosol, sulfomocznik, sulfetylmocznik, aceton, propilamina, trymetylamina, alilamina, tauryna i kadaweryna. Żadne z nich nie wywoływało objawów ogólnych, jedynie odczyn miejscowy. Ciała te należą do rozmaitych typów chemicznych, lecz połączenia organiczne amoniaku a w szczególności aminy najwybitniejsze wywołują reakcye. Chociaż podczas ich używania podskórnego ogniska liszaja żrącego niemal w oczach się zabliźniały, jednak autor odmawia im, tak jak i tuberkulinie, znaczenia leczniczego. Zawsze bowiem spostrzegano nawroty sprawy chorobowej a według Kaposiego powtarzające się zapalenia miejscowe w celu inwolucyi wywoływać można równie dobrze środkami miejscowemi, jak n. p. nalewką jodową. Wreszcie takiej terapii S. nie uważa za obojętną. Sądzi bowiem, że wzniecając ostre zapalenie w tkance, w której się znajdują żywe prątki gruźlicze, możnaby wprowadzić zarodki chorobotwórcze do innych narządów przez naczynia limfatyczne i krwionośne. Powołuje się w tym względzie na doświadczenia Hebry, który spostrzegał często, że chorzy niegorączkujący z gruźlicą po wstrzyknięciu podskórnem tyozynaminy stale zaczęli gorączkować.

S. po powyższych spostrzeżeniach sądzi, że nie należy przypisywać pewnym substancyom swoistego wpływu na tkanki schorzałe i że dałoby się znaleść niezliczony szereg ciał o najrozmaitszym składzie chemicznym, które będą się zachowywały podobnie. Na pytanie, dlaczego opisane przez

autora odczyny przebiegały bez objawów ogólnych i bez gorączki, odpowiada, że substancye do doświadczeń użyte, przedstawiają pierwiastek tylko reakcyę miejscową wywołujący, tak jak tuberkulocydyna w tuberkulinie. Lokalna reakcya przychodzi w ten sposób do skutku, że młode, nisko uorganizowane tkanki o wiele bardziej ulegają szkodliwemu wpływowi połączeń chemicznych, krążących w naczyniach, niż tkanki stare i stale a działanie wszystkich ciał podobnie się zachowujących odnieść należy do tej wspólnej zasady. (*Centralbl. f. klin. Med. 36. 1893*). *Sch.*

Choroby dzieci.

Rotschild (w Berlinie): **Pląsawica po płonicy.**

Etyologia pląsawicy mimo nader wielu sumiennych badań nie jeszcze dokładnie rozjaśniona i błąka się między przypuszczeniami począwszy od niewinnych teoryj, że jest zboczeniem czynnościowem, aż do daleko idącego przypuszczenia, że pląsawica jest chorobą zakaźną, wywoływaną przez swoisty jad. Częsty związek pląsawicy ze zmianami w sercu przysparza zwolenników teoryi, której i R. hołduje, że choroba ta powstaje przez dostanie się małych zatorów do mózgu. Dość często słyszymy także o pojawianiu się pląsawicy po chorobach zakaźnych; związek jednakże między chorobą zakaźną a pląsawicą niełatwy jest do wyjaśnienia. Przytoczony przez autora przypadek pląsawicy po płonicy o tyle jest cennym, o ile udało się autorowi śledzić bieg chorób od początku i właśnie wykazać związek między niemi. I tak: u 5-letniej dziewczynki przebiega prawidłowo płonica; w 10 dni później znaleziono obrzęki około stawów a w 6 dni później szmer nad koniuszkiem serca; po upływie blisko 2-ch tygodni typowy obraz pląsawicy. W tym przypadku zatem powstała pląsawica po płonicy mając jako ogniwa łączące zapalenie stawów i zmiany w sercu. (*Archiv. f. Kinderh. II. 1893*). *Dr. Raczyński.*

Przegląd terapeutyczny.

— Malacyna jest to nowy lek przeciwgośćcowy, tem różniący się od wielu sobie pokrewnych, że działa nadzwyczaj łagodnie, zkąd jego nazwisko. Przedstawia się w postaci drobnych kryształków, blado-żółtych, nie rozpuszczających się w wodzie a dosyć łatwo rozpuszczających się w ciepłym wyskoku. Kwasy mineralne, nawet bardzo rozrzedzone (kwas chlorowodowy już 3‰) rozkładają malacynę na aldehid salicylowy i fenacetynę.

A. Jaquet, asystent kliniki lekarskiej w Bazylei, doświadczał działania leczniczego malacyny na 74 chorych dotkniętych ostrym gośćcem stawowym, durem, suchotami płucnemi, płonicą i rozmaitemi newralgiami, przekonawszy się poprzednio o nieszkodliwości jej dla królików, które ją znoszą dobrze nawet w dawkach dwugramowych.

J. zadawał chorym malacynę w proszkach gramowych po 4 do 6 na dzień. Cztery gramy malacyny odpowiadają mniej więcej dwom gramom kwasu salicylowego. Przewód pokarmowy znosi bardzo dobrze malacynę, która rozkłada się pod wpływem soku żołądkowego na aldehid salicylowy i fenacetynę, jak o tem można sądzić ze stałej obecności kwasu salicylowego w moczu osób zażywających malacynę.

W gośćcu stawowym ostrym działała malacyna zawsze pewnie i rychło a nie wywoływała pewnych, nieprzyjemnych przypadów, jak bólu głowy, zawrotu, szumu w uszach, nadmiernych potów i t. p., właściwych używanym dotychczas przetworom kwasu salicylowego. To działanie tłómaczy Jaquet ztąd, że kwas salicylowy wywiązuje się z malacyny w ustroju powoli w miarę jej rozkładu; działa jednak energicznie, jako *in statu nascenti.*

Działanie przeciwgorączkowe malacyny, lubo nie ulega żadnej wątpliwości, nie jest tak energiczne, jak antypiryny i fenacetyny a w dodatku występuje powoli w miarę rozkładu. Mimo tego można użyć korzystnie malacyny w niektórych chorobach gorączkowych, jak n. p. w suchotach płucnych i wogóle u osób wynędzniałych, gdzie chodzi o to, aby nie wywołać ani zapadu ani dreszczów. W ogólności gram malacyny obniża ciepłotę gorączkową o 0·7—1·5° a obniżenie to rozpoczyna się w $1^1/_2$—2 godzin po zażyciu i utrzymuje się przez 4 do 6 godzin.

Malacyna działa korzystnie przeciw bólom głowy u osób niedokrewnych, działa zaś przeciw właściwym newralgiom o wiele słabiej, niż antypiryna.

— Sironi i Alessandri donieśli niedawno Akademii lekarskiej w Rzymie, że znaleźli białko w moczu u 68% osób chloroformowanych, okoli zność, na którą już dawniej zwrócili uwagę świata lekarskiego Patein i Terrier.

Patein zbierał mocz 1) przed chloroformowaniem, 2) po zupełnem znieczuleniu chloroformem, jednakowoż przed operacyą i 3) po operacyi.

Znaleziono białka w moczu
pod 1) 6 razy na 50 czyli u 12%
„ 2) 22 „ „ 60 „ „ 35%
„ 3) 54 „ „ 74 „ „ 73%.

Ten białkomocz pochodzi z chloroformu, powstaje raz na 3 razy i bez żadnego zranienia i bez utraty krwi, trwa krótko i znika nieraz tegoż samego dnia.

Ilość białka zazwyczaj nie zostaje w prostym stósunku do trwania znieczulenia; może być znaczna po operacyi nawet bardzo krótkiej a wcale nieznaczna po operacyi trwającej i 2 godziny. Wydaje się przeto, iż białkomocz zależy od samego znieczulenia i stanu nerek tudzież układu naczynnego.

Przyczyny tego białkomoczu poszukiwaćby należało w wydzielaniu (wątpliwem zresztą według badań Pateina) się chloroformu przez nerki i zmianach ciśnienia krwi w tętnicach podczas znieczulenia chloroformowego.

Ilość prawidłowych składników moczu, jak mocznika, kwasu moczowego, chlorków, powiększa się skutkiem chloroformowania a znieczulenie chloroformowe nie wpływając na czynność przewodów moczowych działa przede wszystkiem na kłębki, gdzie chwilowo przepaca się surowica krwi.

Nie wydało się, aby pochodzenie chloroformu, byleby tylko odpowiadał on wymaganiom farmakopei francuskiej, miało wpływ na pojawianie się białkomoczu i chloroform angielski nie okazał w tej mierze żadnej wyższości.

(*Les nouveaux Remèdes. 20. 1893*).

— Przeciw swędzeniu rzyci (*pruritus ani*) u dzieci skutkiem rupij (*oxyuris vermicularis*) zaleca Liveing wcierać co wieczór maść złożoną z równych części szaruchy i wazeliny. Można także używać maści z 1 części kalomelu na 10 cz. wazeliny lub maści kokaino-bizmutowej złożonej z 1 części kokainy, 2 części *bismuthum subnitricum* (czyli *magisterium bismuthi*) i 20 części lanoliny.

(*Ann. of. gyn. and paed. 10. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

Przeciwko morzysku czyli kolce wątrobowej zapisuje Ferrand:

139) Rp. *Glycerini puri 20·00—30·00*
Aquae laurocer. 25·00—30·00
Aquae chloroformio saturatae 20·00—30·00

Wyżyć na dwa lub trzy razy a gdyby tego nie znoszono, co kwadrans po łyżeczce od kawy podczas napadu.

W celu zapobieżenia napadowi owego morzyska dobrze jest zażywać co rano po 10 do 20 gramów gliceryny w pół szklanki jakiej wody alkalicznej.

Gautier zaś zaleca w kolce wątrobowej:

140) Rp. *Natrii benzoici*
Natrii salicylici
āā 5·00
Pulveris nucis vomicae 0·50
M. f. p. in dos. aeq. 20 div.

S. Zażywać po trzy proszki dziennie podczas napadu i później jeszcze po ustaniu wszelkich bólów przez 4 do 6 tygodni.

Przeciw przewlekłemu gośćcowi zaleca Whitla:

141) Rp. *Natrii jodati* 8·00
Natrii bicarbonici 16·00
Kalii bicarbonici 30·00
Solutionis ars. Fowleri 6·00
Dcti sarsaparillae compositi 600·00
MDS. Po obiedzie i po kolacyi zażywać po łyżce stołowej.

V. List z Konstantynopola.

Dnia 11. listopada 1893.

O czem tu pisać z nad Bosforu, jak nie o panującej tu cholerze, której postępy i rozszerzanie się napełniają trwogą tak tubylców, jak obcych, tamują handel i wstrzymują przyjazd obcych. Jej więc tych parę słów poświęcam.

Aż do sierpnia b. r., mimo rozszerzania się cholery na kontynencie europejskim, w Persyi i Arabii, mimo częstych stósunków okolicy państwa otomańskiego z zakażonemi prowincyami, Carogród wolnym był od cholery. Gdzie tego wyjątkowego zdarzenia przyczyna, nie da się jeszcze dziś oznaczyć — a że nie same tylko zarządzenia sanitarne, kwarantany i cały aparat biurokratyczny turecki zapobiegały aż do tego roku zawleczeniu zarazy, to dla znającego całą ich nędzotę nie przedstawia wątpliwości. Rząd turecki jednak opierając się na fakcie niezawleczenia zarazy, bronił i broni do upadłego wartości wyż wymienionych środków, nie przystąpił do uchwał tegorocznej konferencyi sanitarnej w Dreźnie a uchwały zeszłorocznej konferencyi w Wenecyi przyjął o tyle tylko, o ile tyczyły się portów tureckich. — Wobec panującej cholery w Rosyi, Rumunii, Węgrzech, Persyi i Arabii, stósowano z całym rygorem przeszłowiecznym nakadzania siarką lub chlorem, desinfekcyonowano listy i telegramy (*sic*) przychodzące z okolic zakażonych, nakładano kwarantany na osoby lub towary przybywające z tych stron, uniemożliwiano handel i przywóz, łudzono się pozorną środków tych wartością, aż tu na raz w drugiej połowie sierpnia b. r. pojawiają się sporadyczne przypadki podejrzane w Galacie i Skutari, i odrazu wybucha mordercza epidemia w szpitalu obłąkanych w Skutari, której w niespełna 3 tygodniach 190 osób z 350 mieszkańców padło ofiarą. Poruszono naraz cały aparat urzędniczy i lekarski, zaprowadzono kordon wojskowy około każdego zakażonego domu, podwojono pensye lekarzom wojskowym, których tu wyłącznie do celów poskromienia epidemii użyto, ba, nawet niebywała rzecz w armii, wypłacono im regularnie pensye, zakazano przywozu i sprzedaży owoców i jarzyn a cholera... poszła dalej, zajęła koszary wojskowe w Haidor-Pasza i Skutari, przeniosła się na szpitale cywilne i wojskowe, przeszła na gnijące wśród Bosforu okręty wojenne i jakoś nie myśli ustępować.

Nad przyczyną tego zjawiska warto się może zastanowić. Przedewszystkiem wypada nam się zapytać, kto dyagnostykuje cholerę w Konstantynopolu i komu powierzono przedsięwzięcie potrzebnych środków? Podzielono miasto i okolicę na cyrkuły i całą służbę oddano lekarzom wojskowym, wyłącznie tureckim. Poziom wykształcenia lekarskiego tych organów, biorąc ściśle, w najlepszym razie, odpowiada wykształceniu młodego felczera, broń Boże felczera-praktyka. Ze szkoły wojenno medycznej w Konstantynopolu wychodzą ludzie bez żadnego praktycznego wykształcenia. Wiadomości lekarskie czerpią młodzi adepci Eskulapa z tureckiego tłómaczenia starego wydania Niemeyera, wiadomości z anatomii opisowej lub patologicznej z atlasów lub preparatów woskowych (wykonywanie sekcyj zabronione przepisami Koranu!), kilka operacyj chirurgicznych lub okulistycznych wykonanych bez antyseptyki pod okiem profesora a **przede wszystkiem** opłata 7 funtów tureckich — oto wszystko, czego tu od lekarza wymagają; z dyplomem w ręce może truć i mordować pod płaszczykiem stopnia lekarskiego; jemu powierzone zostaje zdrowie wojska, on jest panem życia i śmierci pacyentów, jemu powierzają i tu rozpoznawanie cholery i przedsięwzięcie odpowiednich środków. Faktem jest, że z tylu lekarzy europejskich oprócz prof. Chantemesse, którego gmina z Paryża sprowadziła, i piszącego, powołanego czasowo z woli sułtana, ani jeden przypadku cholery nie widział!

Takim to lekarzom dodano do pomocy gwardyę odzianą w kauczukowe płaszcze, gwardyę składającą się z wyrzutków społeczeństwa: Greków, Lewantyńców i t. d., którzy krzycząc i kradnąc wpadają do domów, w których podejrzany pojawił się przypadek, wynoszą chorego do improwizowanego szpitala cholerycznego, **desinfekcyonują**, palą i pieczętują dom zakażony, który następnie kordon wojskowy na dni 10—40 otacza.

Oto próbki pracy tej gwardyi, której powstanie Stambuł p. Chantemesse zawdzięcza. — Pewnej nocy znaleziono w Galacie w zaułku pijanego kompletnie Greka, u którego nadmiar alkoholu wymiotami się objawił. Skoro wyrok przywołanego Eskulapa cholerę zdecydował, napchano biedakowi wśród krzyków i zaklinania, że on tylko pijany, do ust, nosa i odbytnicy chlorku wapna (*sic!*), zawleczono o 4 godziny drogi do szpitala, gdzie naturalnie z poparzenia umarł, ale umarł: *ergo cholera!*

Innym razem otacza taż gwardya domek mały nad brzegiem Złotego Rogu, z którego słychać było jęki i krzyki — więc cholera; wpadają, nie pomagają zaklęcia męża, że to żona, którą porodowe bóle chwyciły, zabierają biedaczkę, ta po drodze rodzi i wśród zapadu umiera i t. d. Ba! nawet nie brak przypadków, w których aplikowano lawatywy z kwasu karbolowego!

A desinfekcya publiczna i prywatna? To chwilowo najlepsze żródło dla zbogacenia się: dotychczas kosztuje samo wapno niegaszone 19,000 funtów tureckich = 190,000 złr., chlorek wapna przeszło 4,000 funtów — podczas gdy wykazy władz cłowych wartość sprowadzonego wapna wogóle ledwie na 400 funtów obliczają.

Aptekarzom polecono srodze meldować każdy przypadek, w którymby ktoś z apteki zażądał karbolu lub opium; natychmiast wyż wspomniana gwardya i lekarze wpadają do domu — i biada, jeżeli się *bakszyszem* nie da zapału ich ulagodzić — odrazu powstaje nowy przypadek cholery.

Sułtan w trwodze, w której go sztucznie utrzymują podli służalcy, asygnuje sumy, które toną w ich kieszeniach; gniewa się, że jeszcze cholera nie ustała, siedzi w pałacu otoczony ścisłą strażą; sprawozdania ustne i pisemne przyjmuje przez drzwi zamknięte, bojąc się zakażenia. Trwoga przed spiskiem ustąpiła trwodze przed cholerą; słowem zamięszanie nie do opisania, z którego trudno wybrnąć. Przyznam się, że po miesięcznej pracy bezowocnej, wobec intryg, niedowierzania, jakie Turcy każdemu obcemu okazują, wobec złej woli organów wykonawczych, sprzykrzyła mi się już służba, bo i nie widzę widoków odmiany.

Dr. J. Karliński.

VI. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Komitet generalny XI. międzynarodowego lek. zjazdu w Rzymie, ulegając życzeniu Kolegów rozmaitej narodowości, jako nowy termin przyszłego zjazdu wyznacza czas od dnia **29. marca** do **5. kwietnia** 1894 r. Zawiadamiając o tem Komitet polski i upraszając o podanie tej wiadomości wszystkim Kolegom naszego kraju, Komitet generalny zarazem zapewnia, że pod względem umieszczenia uczestników zjazdu będą niewątpliwie poczynione wszelkie ułatwienia a liczba mieszkań okaże się wystarczającą.

Podając powyższą odezwę generalnego Komitetu do wiadomości Szan. Kolegów, Komitet polski ma zaszczyt zarazem niniejszem upraszać o zgłaszanie się z odczytami oraz o przesyłanie należytości za karty legitymacyjne pod adresem przewodniczącego.

Przewodniczący — Sekretarz
N. Cybulski, Kraków, ul. Szczepańska 11. — *P. Radecki.*

— Pizzocaro zwraca w *Riforma medica* uwagę, że na przebieg krztuśca czyli kokluszu wpływa korzystnie szczepienie krowianką, o czem wszakże już dawniej wiedzieli Jenner, Chapman, Vogel i inni. W kilkunastu bardzo gwałtownych przypadkach, w których użyto napróżno środków zwykłych i w których bywało po 20 do 30 napadów kaszlu dziennie, po szczepieniu krowianką nastąpiło w 11 do 18 dni zupełne wyleczenie.

— Według dat urzędowych skończyło we Francyi w r. 1890 życie swe samobójstwem 8410 osób a mianowicie 6576 mężczyzn (78%) i 1834 kobiet (22%). Tak jak w innych krajach, i we Francyi rośnie ciągle liczba samobójstw i obliczona na 100000 mieszkańców wynosiła od r. 1861 co lat pięć 12, 13, 15, 17, 19 i 21 a zatem w ciągu lat 30 wzrosła o 75% pierwotnej liczby. Szczególniej uderza zwiększenie się liczby samobójstw u niedorostków poniżej lat 16.

— W Londynie panuje od 2 miesięcy ciężka epidemia błonicy (dyfteryi); umiera na nią tygodniowo po 80 do 90 osób.

— Z początkiem roku przyszłego wchodzi we Węgrzech ustawa, już przez izbę poselską sejmu węgierskiego uchwalona, według której urzędowym lekarzom okręgowym w stolicy kraju nie wolno zajmować się praktyką lekarską, za co otrzymają stósowne podwyższenie swych pensyj.

— Ze spraw mających znaczenie higieniczne, któremi ma się wkrótce zajmować parlament niemiecki, zasługują na uwagę ustawa o postępowaniu z epidemiami, ustawa o handlu truciznami i projekta opodatkowania tytoniu i wina. O ile nie można zaprzeczyć, że opodatkowanie tych dwóch artykułów codziennej potrzeby wpłynie na konsumcyę szkodliwie i wyrządzi pewne straty osobom z przemysłu w tej mierze żyjącym, o tyle trzeba znów uznać, że zdrowie publiczne na tem tylko zyska. Jeżeli już jednak dzisiaj wszystkie prawie państwa europejskie okładają podatkiem, co tylko obłożyć można, jak kwity, listy frachtowe i t. d., to nie powinny zdaniem *Münch. med. Wochschr.* zapomnieć o nałożeniu podatku na leki tajemne. Wprawdzie skutkiem zaprowadzenia podatku zmniejszyłaby się konsumcya (to kwestya!), ale na tem dobro publiczne nie wyszłoby wcale źle, jeżeli się zważy, że owe środki tajemne obliczone są tylko na łatwowierność i nierozsądek. W Anglii i Francyi zresztą zaprowadzono podatek od leków tajemnych z bardzo dobrym skutkiem dla skarbu publicznego, który we Francyi miał z tego tytułu w r. 1890 12 milionów franków dochodu.

— Dzienniki lekarskie francuskie uskarżają się, iż miasta południowej Francyi, położone nad brzegiem morza Śródziemnego, odwiedzane tłumnie, jako stacye klimatyczne i ciągnące ztąd olbrzymie zyski, nie dbają o uporządkowanie swych stósunków higienicznych tak, jak o to dbać powinny ze względu na swój własny, dobrze zrozumiany interes. Tak n. p. w tak uczęszczanem mieście Antibes, panuje obecnie epidemicznie ospa, której w ciągu ośmiu dni było więcej niż 100 przypadków!

— **Nekrologia.** Zmarli: W Londynie w dniu 6. b. m. z udaru mózgowego Sir Andrzej Clark, niewątpliwie najznakomitszy tegoczesny klinik angielski. W Sengileju w gubernii lekarz ziemski Dr. Kazimierz Radzimiński, wychowaniec uniwersytetu kazańskiego, na błonicę, którą zaraził się od chorych. W Halli nad Salą Dr. Kaltenbach, profesor ginekologii w tamecznym uniwersytecie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Niniejszem rozpisuje się konkurs na posadę III. asystenta bezpłatnego przy klinice chirurgicznej. Lekarze, którzy pracowali specyalnie w anatomii patologicznej, mają pierwszeństwo.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 1. grudnia 1893 r.

Kraków dnia 21. listopada 1893 r.

Browicz
Dziekan Wydziału lekarskiego.

L. 733.

Urząd gminny miasta Birczy ogłasza niniejszem

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego.

Do posady tej, która na razie będzie prowizorycznie nadaną a po roku stabilizowaną, przywiązana jest płaca roczna 400 złr. w. a. tudzież dochód z oględzin zwłok i bydła.

Podania zaopatrzone w **dyplom doktora medycyny** należy wnosić do urzędu gminnego miasta Birczy do dnia 15. grudnia 1893.

Bircza dnia 15. listopada 1893. 136—3—2

Jedyny naturalny środek przeczyszczający przyjemnego smaku

WODA MINERALNA

FRANCISZKA JÓZEFA

Woda Franciszka Józefa znajduje się we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

120—10—8 **Dyrekcya rozsyłki wody gorzkiej Franciszka Józefa w Budapeszcie.**

Chemiczno-farmaceutyczne laboratorium

„HYGEA“

MARYANA ZAHRADNIKA

W ZŁOCZOWIE

poleca **kapsułki i perełki** lecznicze

uznane

przez Tow. lekarskie krakowskie za najlepsze i najtańsze.

Cena za pudełko = 100 sztuk lub 2 pudełka po 50 sztuk.

Camphora monobrom. 0·05. Ol. Amyg. 0·20. **1 złr. 60 ct.**
Guajacol 0·05. Ol. Amyg. v. Jecoris 0·10 v. 0·25 **1 złr. 60 ct.**
„ **0·10.** „ „ „ 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05. „ Morrhuol 0·20 **2 złr. 60 ct.**
„ 0·05. **Natr. arsenicos. 0·001 1 złr. 80 ct.**
Kreosot 0·05 Bals. tolut. 0·20 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 60 ct.**
„ **0·10** „ „ 0·20 **1 złr. 50 ct.**
„ 0·05 Morrhuol 0·20 **2 złr. 20 ct.**
„ 0·05 Ol. Amyg. v. Jecor. 0·10 v. 0·25 **1 złr. 20 ct.**
„ 0·05 „ „ 0·20 **Natr. arsen. 0·001 1 złr. 40 ct.**
Morrhuol (Mercis) 0·20 **2 złr.**
Myrtolum (Mercis) 0·15 **2 złr. 50 ct.**

Przy zapisywaniu proszę **nie opuszczać godła „Hygea“** lub **firmy „Zahradnik“** celem uniknienia wydawania innych wątpliwej jakości i o wiele droższych wyrobów.

Część zysku przeznaczam na budowę Domu akademickiego

105—x—12 *Maryan Zahradnik.*

Tabletki z wyciągiem kaskary

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie

polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisyi przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środek przeczyszczający. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. —

Cały słoik kosztuje 50 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

Tabletki z węglanem gwajakolu

po 0·025, również uznane i do stosowania zalecone przez Komisyę przemysł. Tow. lek. krak.; słoik zawierający 25 sztuk kosztuje 1 złr.

WINO KASKAROWE

bez goryczy przyrządzone na winie Lacrima Christi, cena butelki 1 złr. 14—26—24

Pierwsza krajowa fabryka opatrunków chirurgicznych

M. L. Dobrowolskiego

w Nowej Wsi przy Krakowie, poczta Łobzów

poleca własnego wyrobu: 43—20—18

watę Brunsa, watę drzewną, watę szpitalną, wszelkie waty, juty i gazy impregnowane i sterylizowane. Również catgut, jedwab, fil de Florence, w stanie surowym lub preparowane i wogóle wszelkie opatrunki aseptyczne i antiseptyczne.

Zwraca uwagę Panów Ginekologów na **gazę jodoformową Dra Bylickiego**, do celów ginekologicznych, w formie opaski zwiniętej, 10 ctm. szerokiej, 10 m. długiej.

Jako nowość zaleca **opaski bawełniano-gumowe na żylaki**, praktyczniejsze od opasek Martina, gdyż nie sprawiają pieczenia i odpowiedniejsze do pończoch, albowiem można je na każdą nogę dowolnie i bez ucisku nawinąć.

Cenniki i próbki na żądanie.

Z czystego dochodu w bieżącym roku przeznacza 2% na budowę domu akademickiego w Krakowie.

Kąpiele borowinowe w domu

MATTONIEGO WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA ŁUG BOROWINOWY

Wygodne środki do urządzania

kąpieli mineralnych borowinowych i żelazistych w domu i w każdej porze roku.

Od wielu lat wypróbowane w: Metritis, Endometritis, Oophorits, Parametritis, bladaczce, niedokrewności, zołzach, krzywicy, upławach białych, skłonności do poronień, porażeniach częściowych, parezach, dnie, gośćcu, guzach krwawnicowych i w celu ułatwienia wessania wypocin.

Henryk Mattoni Franzensbad, Karlsbad, Wiedeń, Budapeszt.

Nabyć można we wszystkich aptekach, drogeryjach i składach wód mineralnych.

W Niemczech nie ulegają wyciągi borowinowe ocleniu.

Paczka { do Niemiec 50 fen. / do Austryi 30 cnt. } porto zawiera 4 skrzyneczki po 1 kilo soli borowinowéj. 1—21—19

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 2. Grudnia 1893. Nr. 48.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

†

Prof. Dr. Longin Feigel.

W poniedziałek, dnia 27. listopada r. b., tłumy publiczności i liczne grono kolegów odprowadziły na cmentarz lyczakowski we Lwowie zwłoki ś. p. prof. Dra Longina Feigla, który po długich a ciężkich cierpieniach zmarł w wieku stósunkowo młodym, bo licząc zaledwie lat 48. Czcigodna postać Zmarłego była znaną światu lekarskiemu z powodu pięknych prac naukowych, znaną była również zaszczytnie sądownictwu i licznej rzeszy prawników, albowiem Zmarły spełniał przez lat kilkanaście trudne obowiązki lekarza sądowego w okręgu Sądu krajowego lwowskiego a nadto wykładał medycynę sądową we Wydziale prawniczym Uniwersytetu lwowskiego.

Jako asystent katedry anatomii patologicznej w Krakowie i współpracownik nigdy niezapomnianego prof. Dra Biesiadeckiego, cieszył się Zmarły miłością i uznaniem uczniów a dzięki znakomitym zdolnościom i wprawie w badaniach anatomo-patologicznych, uzyskał w młodym wieku, bo licząc zaledwie lat 26, nader ważną posadę prosektora szpitala lwowskiego. — Zdobyczami naukowemi, uzyskanemi z obfitego materyału szpitalnego, dzielił się on chętnie z Towarzystwem lekarskiem lwowskiem; to też w uznaniu znakomitej jego czynności naukowej wybrała go jednomyślnie sekcya lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich swoim prezesem na rok 1892.

W zaraniu swych lat młodzieńczych nie wahał się nieść życia w ofierze a później jako radny miasta Lwowa wplatał do wieńca zdobyczy naukowych także listki wawrzynu zebrane z prac na arenie działalności obywatelskiej. Ciężka choroba chroniczna paraliżowała niestety najlepsze jego chęci i zamiary i podziwiać należało tę mrówczą pilność i troskliwość, z jaką mimo przykrych cierpień poświęcał się zmarły nasz kolega swemu zawodowi, dbając zawsze o przysporzenie medycynie polskiej znamienitych sukcesów naukowych.

Z ostatniej wystawy lekarskiej, odbytej w r. 1891, przypominamy sobie wszyscy prześliczne jego preparaty anatomo-patologiczne a pilni czytelnicy *Przeglądu Lekarskiego* znajdą w łamach tego pisma, w każdym niemal roczniku, piękne rozprawy jego pióra z dziedziny anatomo-patologicznej lub też medycyny sądowej!

Rozległa jego wiedza zawodowa i niepospolite wykształcenie ogólne, powszechnie uznana i ceniona łagodność charakteru i uprzejmość, zniewalały ku niemu serca wszystkich, którzy się z nim stykali; to też powszechny żal ogarnął wszystkich kolegów i licznych znajomych na wieść o jego śmierci, chociaż nie była ona niestety już niespodzianką od kilku tygodni. Cześć pamięci zacnego kolegi i profesora! Cześć zacnemu obywatelowi a ziemia niech mu lekką będzie! *Dr. Obt.*

II. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał

Dr. Jan Prus we Lwowie.

Przed 10 laty Morvan, lekarz francuski w Lannilis[1]), opisał po raz pierwszy zbiór pewnych objawów chorobowych pod nazwą *Paréso-analgésie des extrémités supérieures* (*panaritium analgicum*), podając jako charakterystyczne cechy tej nowej choroby: bóle newralgiczne w kończynie górnej, niedowład połączony z zanikiem mięśni ręki i przedramienia, zniesienie czucia bólu (*analgesia*), upośledzenie czucia dotyku (*anaesthesia*) i upośledzenie czucia temperatury (*thermoanaesthesia*) na ręce lub całej kończynie górnej a czasem i na innych częściach ciała, obok tworzenia się ropni na palcach (*panaritium*). Ropnie te z początku pojawiają się w zwykłej formie; wkrótce jednak okazują cechy cięższe, destrukcyjne, przenoszą się z jednego palca na drugi lub na kilka palców, są najczęściej niebolesne, goją się często z wydaleniem falang, wracają po latach znowu na najrozmaitszych miejscach palców. Czasem są tylko pierwsze ropnie bolesne, późniejsze prawie zawsze niebolesne. Do tego dołącza się popękanie skóry w fałdach międzypalcowych i głębsze owrzodzenia podobne do *mal perforant*. Paznogcie kurczą się i ulegają owrzodzeniu, ręce są zimne i sine. Dolne odnogi są bardzo rzadko siedzibą tej choroby. Przebieg choroby rozciąga się na lata i dziesiątki lat. Z powodu zniekształceń rąk jest zdolność chorych do pracy nadzwyczaj ograniczona. Choroba pojawia się częściej u mężczyzn, niż u kobiet, nie oszczędza jednak żadnego wieku.

Wkrótce po ukazaniu się pierwszej pracy Morvana wielu badaczów starało się wykazać, że choroba Morvana nie jest odrębną chorobą, lecz stanowi tylko pewną odmianę tak zwanej *syryngomyelii*, choroby polegającej na tworzeniu się jam w rdzeniu pacierzowym, zwłaszcza w części szyjnej i piersiowej i zniszczeniu mniejszych albo większych obszarów tylnej lub przedniej części substancyi szarej rdzenia pacierzowego.

Że w ludzkim rdzeniu pacierzowym wytworzyć się mogą nieprawidłowe jamy, wiadomo już od dawna.

Pierwsze dokładniejsze spostrzeżenie datuje się od Morgagniego i Santoriniego (*Advers. anat. VI. Lugd. Batav. 1740. — Animadver. XIV. p. 17 et 18*). Odnosi się ono do rybaka weneckiego, o którego sposobie życia i nerwowych zboczeniach nic nie podano, u którego jednak rozległe jamy w rdzeniu pacierzowym znalazły się zupełnie przypadkowo. Nieco ciemny przypadek obserwowany był już w r. 1688 przez Brunnera (*Miscell. natur. curios. Dec. III. Ann. I.*) i wspomniany w Sepulchretum Boneta (*Edit. II. Genf. 1700. Lib. I. p. 394* i n.). W każdym razie te dwa spostrzeżenia wydają się najstarsze.

W późniejszych dwóch stuleciach liczba podobnych spostrzeżeń wcale nie była wielką a aż do ostatnich czasów przedmiot ten zwracał uwagę więcej ze strony anatomicznej, niż klinicznej.

Według propozycyi Simona (*Arch. f. Psych. V. p. 120*) dla przypadków, w których jest li tylko rozszerzenie preegzystującego (prawidłowo istniejącego) przewodu środkowego (*canalis centralis*), zatrzymano dawną nazwę *hidromyelii*, tam zaś, gdzie oprócz prawidłowego przewodu środkowego są jeszcze inne szpary patologicznie wytworzone, przyjęto powszechnie nazwę *syryngomyelii* (σύριγξ = rura, μύελος = rdzeń), użytą naprzód przez Olliviera (*Maladies de la moëlle épinière. Paris. 1823*). Gdy badania anatomo-patologiczne wykazały, że znajdywane w syryngomyelii jamy w rdzeniu pacierzowym powstają po największej części z rozpadu nowo wytworzonej tkanki neurogliowej, czyli innemi słowy, gdy przekonano się, że nim jama się wytworzy, buja przedtem tkanka neurogliowa, zaczęto również używać drugiej nazwy a mianowicie *gliomatosis* lub *glioma centrale medullae spinalis*.

Baczniejszą uwagę pod względem klinicznym zaczęto zwracać dopiero w najnowszych czasach, kiedy Kahler, Schultze, Roth i inni wykazali, że syryngomyelię można rozpoznać za życia.

Do klinicznych objawów syryngomyelii należą głównie zboczenia w czuciu, zboczenia naczynio-ruchowe, zboczenia odżywcze czyli troficzne w skórze, zaniki mięśniowe i zboczenia w zakresie ruchu. W jaki sposób i w jakim zakresie objawy te rozwijają się, uważam za konieczne dokładniej nieco przedstawić, trzymając się głównie cech podanych przez Rotha (*Contribution à l'étude symptomatologique de la gliomatose médullaire. Archives de Neurologie. Vol. XV. XVI. 1888*).

Co się tyczy zboczeń czucia, to uwydatnić przedewszystkiem należy tę okoliczność, że w syryngomyelii jest najczęściej t. zw. częściowe porażenie czucia (*partielle* czyli *dissociirte Empfindungslähmung*), to znaczy, że nie wszystkie rodzaje czucia są zniesione a mianowicie czucie temperatury jest zniesione (termoanestezya), podczas gdy czucie bólu, dotyku i lokalizacyi oraz czucie ucisku i czucie mięśniowe są nienaruszone. Po dłuższem trwaniu choroby przyłącza się zwykle do termoanestezyi także porażenie czucia bólu a czasem także porażenie czucia dotykowego. W takich razach obszar termoanestezyi jest zazwyczaj większy, niż obszar analgezyi a wyjątkowo tylko obszary te pokrywają się zupełnie.

W pierwszym okresie choroby porażenie czucia temperatury może ograniczać się do bardzo małego obszaru, n. p. ręki; w późniejszym okresie termoanestezya może zajmować całą powierzchnię ciała. W kilku przypadkach mógł Roth obserwować stopniowe rozszerzanie się termoanestezyi z obszaru nieznacznego na całe ciało. Niewiadomo, czy na błonie śluzowej ust i języka również może być porażenie czucia temperatury. Rozpostarcie się termoanestezyi jest całkiem niezwykłe; ogranicza się bowiem w sposób niesymetryczny, rozpościera się na najrozmaitsze obszary lub pasy i to nie tylko w początkowych, lecz i w końcowych okresach choroby. I tak na kończynie górnej termoanestezya zajmuje zazwyczaj część górną ramienia lub rękę, na tułowiu zajmuje obszar odpowiadający rozgałęzieniu się nerwów piersiowych dolnych (*n. thoracici infer.*) i korzeni górnych lędźwiowych; na głowie, łokciu i klatce piersiowej ogranicza się termoanestezya od góry i od dołu liniami prawie poziomemi. Termoanestezyą nawiedzone są najczęściej kończyny górne; zazwyczaj tylko jedna z nich a następnie okolica klatki piersiowej, przyległa aż do linii środkowej ciała, później odpowiednia dolna kończyna a czasem nerw troisty. To połowicze porażenie czucia nie zajmuje całej

[1]) w Bretanii, departament Finistère.

połowy ciała w równej mierze, lecz różne obszary okazują różne stopnie upośledzenia czucia temperatury, gdy w niektórych odosobnionych miejscach może być czucie prawidłowe. Obszary termoanestetyczne mogą jakiś czas pozostawać bez zmiany, nawet do 10 lat; mogą się ścieśniać chwilowo, zwykle jednak mają dążność do ciągłego rozszerzania się na całą powierzchnię ciała.

Stopień termoanestezyi bywa rozmaity. — Utrata zupełna czucia temperatury zdarza się względnie rzadko. Chory uczuwa zimno śniegu, woda gorąca sprawia mu uczucie ciepła; zazwyczaj chory nie przypuszcza istnienia swej anestezyi termicznej, jakkolwiek nie może odróżnić różnicy w ciepłocie 20—30°. Czasem w chwili badania stopień termoanestezyi w jednem i tem samem miejscu okazuje różne odmiany tak, że chory odczuwający kilka razy w jednym ciągu (raz po raz) różnicę 3° a nawet 2°, nie rozpoznaje w 5 minut później różnicy 20°. Zdaje się, że w tych przypadkach jest pewne osłabienie czucia z powodu przedrażnienia (*faiblesse irritable*). W jednym przypadku Rotha w okolicy łopatki lewej o średnim stopniu anestezyi, znajdywało się bardzo znaczne upośledzenie czucia temperatury (dotknięcie śniegiem było dla chorego obojętnem), gdy w symetrycznej okolicy po stronie przeciwnej (prawej), przedmiot odczuwany po stronie lewej jako ciepły, nie sprawiał uczucia ciepła a natomiast śnieg był odczuwanym, jako zimno. W niektórych miejscach była jakby hiperestezya względna na zimno lub ciepło. Czasem zdarza się perwersya czucia, t. j. przedmioty zimne wydają się ciepłemi i na odwrót.

Zniesienie czucia bólu cechuje się również rozpostarciem się w kształcie pasów; zazwyczaj ściśle jest odgraniczone linią środkową ciała tam, gdzie nie styka się z upośledzeniem czucia po stronie drugiej. Schultze wykazał, że błona śluzowa ust i języka może być także znieczulona. Czucie bólu może być przez długi czas nienaruszone. W jednym przypadku Rotha upośledzenie czucia bólu przyłączyło się do termoanestezyi dopiero po 14 latach. Upośledzenie czucia bólu może zajmować albo tylko pewne części obszarów nawiedzonych termoanestezyą albo mieścić się może w tych samych granicach, co i termoanestezya, albo wreszcie istnieć może w obszarach niedotkniętych termoanestezyą. Jednakowoż ani Roth, ani inni autorowie nie dostrzegli upośledzenia wyłącznie tylko czucia bólu bez równoczesnej termoanestezyi.

Zwolnienie przewodnictwa bólu obserwował Roth i inni, przypadki jednak tego rodzaju są rzadkie.

Czucie dotyku i lokalizacyi bywa zwykle nienaruszone; wyjątkowo pojawia się tu i owdzie upośledzenie czucia dotyku na małym obszarze; w znaczniejszych zaś obszarach zdarza się anestezya jako objaw drugorzędny, zależny od zmian w tylnych sznurach rdzenia pacierzowego, co cały obraz chorobowy syryngomyelii może zatrzeć zupełnie. W przypadkach, w których jest upośledzenie czucia bólu, występują także zboczenia w czuciu ucisku.

Czucie mięśniowe jest zachowane we wszystkich przypadkach a upośledzenie jego zdarzyć się może tylko tam, gdzie następowo schorzała biała substancya rdzenia pacierzowego.

Z podmiotowych uczuć, na które żalą się chorzy, uwydatnić należy: uczucie ziębienia, wrażliwość członków na zimno, uczucie zimna, rozlanego pod skórą, uczucie ciepła, potęgujące się aż do bolu, uczucie gotowania w członkach, ściskanie, uczucie ciała obcego w boku lub na grzbiecie i mrówienie. Uczucia podmiotowe nie mają wyłącznie swej siedziby w skórze, lecz bywają czasem odczuwane głębiej a mianowicie w mięśniach pod formą bólu lekkiego głuchego lub ściskania. Wogóle bóle w tej chorobie nie są mocne, często podobne są do bólów newralgicznych, występują w napadach trwających po kilka chwil lub godzin, pojawiają się w członkach, w karku, klatce piersiowej, w stawach, nerwach, stosie pacierzowym lub w mięśniach zanikających a w niektórych przypadkach trwają dnie, tygodnie a nawet mjesiące z pewnemi zmianami w natężeniu.

Zboczenia naczyniowo-ruchowe nie są rzadkie. Najczęściej dostrzedz można zwężenie naczyń, zwolnienie krążenia krwi w skórze, zaczerwienienie skutkiem zastoju żylnego, któremu towarzyszy oziębienie się członków. W niektórych przypadkach bodźce mechaniczne drażniące skórę, wywołują miejscowe przekrwienie bardzo mocne, nawet z wynaczynieniem krwi w brodawkach skóry, *hommes autographiques*. Czasem pojawiają się czerwone plamy na skórze. Morvan wspomina o wybroczynach w narządach wewnętrznych. Poty są zwykle zwiększone w obszarze znieczulonym; rzadziej zdarza się zmniejszenie wydzielania się potu. Źrenice czasem rozszerzają się nierówno.

Zboczenia odżywcze w skórze i w tkance podskórnej napotyka się częściej, niż w połowie przypadków. Na skórze dłoni i palców zdarzają się zgrubienia przyskórka. U robotników wytwarzają się często rozpadliny w skórze sięgające aż do ścięgien zginaczy palców (*tendovaginitis, phlegmone*). Pęcherze na dłoniach i na palcach są częstym objawem syryngomyelii. Czasem zauważyć można *eczema squammosum* lub *impetiginosum.* Kahler widział obumarcie skóry z wytworzeniem się blizny keloidowej. *Panaritium* i *phlegmone* w rozmaitych okolicach, zwłaszcza na kończynach górnych, trafiają się stósunkowo często w przebiegu choroby. Tego rodzaju schorzenia rozwijają się nieraz na kilka lat przed wystąpieniem innych objawów, które chory dostrzedz może. Tworzenie się guzów ciastowatych, ograniczonych w tkance podskórnej, którym nie towarzyszy zaczerwienienie skóry, zależy nie od samego obrzmienia miejscowego, lecz od nacieku zbitego. Guzy trwają czasem długo, czasem znikają same (rozchodzą się). Czasem zauważyć można zmiany w pochewkach ścięgnistych, unieruchomiające stawy pomiędzy członkami palców, przewlekłe bolesne zapalenia większych stawów (n. p. barkowego) ograniczające ruchy, albo też znaczne zgrubienia końców kości śródręcza w stawie wielkiego palca po obu stronach. Widziano także zwichnienia i złamania kości, przyczem chorzy nie doznawali prawie żadnego bólu. Czasem zdarza się obniżenie ciepłoty ciała i ogólne wychudnienie.

Zanik mięśni jest wczesnym objawem choroby; rozwija się jednak powoli, nie okazuje wielkiej dążności do uogólnienia się. Zanikowi ulegają najczęściej mięśnie ręki i to czasem w stopniu bardzo znacznym, przyczem wytwarza się obraz, uważany jako charakterystyczny dla postępowego zaniku mięśni, pojawiającego się skutkiem schorzenia rdzenia pacierzowego (typ: Aran-Duchenne-Charcota). W innych przypadkach zanikają mięśnie łopatkowe i ramieniowe podobnie, jak w zaniku mięśni postępowym idyopatycznym (typ: łopatkowo ramieniowy Landouzy-Dejerina). Czasem zanik ogranicza się tylko do jednej strony. Zanik

mięśni na kończynach dolnych jest niesłychanie rzadki, bywa w ogóle nieznaczny i nie odpowiada stopniowi porażenia. Mięśnie uległe zanikowi, badane prądem elektrycznym, okazują często reakcyę zwyrodnienia mniej lub więcej wybitną. W niektórych przypadkach zanik mięśniowy występuje dopiero po długiem trwaniu choroby.

Niedowład zdarza się najczęściej w kończynach górnych i jest zwykle znaczniejszego stopnia, niżby to zanikowi mięśni odpowiadać mogło. Czasem zboczenia ruchowe ograniczają się przez długi czas tylko do pewnej niezgrabności w ruchach ręki, do lekkiego utrudnienia w pisaniu i t. p. Dodać należy, że skutkiem niedowładu mięśni grzbietowych (Roth) lub z przyczyny zmian odżywczych w kręgach (Bernhardt) rozwija się często skrzywienie stosu pacierzowego; następstwem porażenia nerwu łokciowego jest ustawienie palców w kształcie szponów (*main en griffe*, *Klauenhand*) a z powodu porażenia mięśni zaopatrywanych przez nerw sprychowy ręka przyjmuje ułożenie tak zwane kaznodziejskie (*main de prédicateur*, *Rednerhand*). Czasem zdarzają się zesztywnienia stawów z powodu zaników mięśni. Z początku tak zanik jak i niedowład mięśni umiejscawia się po tej samej stronie, po której istnieją zboczenia czucia. Później zanik i osłabienie mogą być wybitniejsze po tej stronie, po której zmiany w czuciu mniej są rozwinięte. Wybitniejsze zboczenia ruchowe pojawiają się wówczas, gdy sprawa chorobowa rozszerza się na substancyę białą rdzenia pacierzowego. Gdy sprawa chorobowa rozszerzy się na rdzeń przedłużony, widzieć można objawy opuszkowe i objawy ze strony nerwu okoruchowego. Drgania włókienkowe mięśni rozmaicie się zachowują, stósownie do umiejscowienia się sprawy chorobowej w rdzeniu pacierzowym.

Wszystkie objawy opisane mogą w przebiegu choroby w rozmaity sposób rozwijać się i różnie łączyć ze sobą. Najczęściej pierwszym objawem syryngomyelii jest upośledzenie czucia temperatury, później pojawiają się rozmaite uczucia podmiotowe lub zmiany odżywcze, następnie zboczenia w czuciu bólu lub zboczenia ruchowe i zanik mięśni. Nie można jednak przemilczeć, że nawet po wielu latach nie pojawia się czasem większa część tych objawów typowych i że w niektórych przypadkach brak jest jakiegokolwiek zboczenia czucia, z czego wynika, że dla syryngomyelii nie ma ani jednego ściśle patognomicznego objawu,

Porównawszy dopiero co przytoczony opis syryngomyelii z opisem choroby Morvana uderzyć nas musi znaczne ich podobieństwo a w obec tego nie może nas dziwić, że niektórzy badacze nie chcieli wcale chorobie Morvana przyznać odrębnego stanowiska w patologii, lecz że chorobę tę uważali tylko za pewną formę syryngomyelii. Zdanie to podziela Broca (*Note sur les scolioses trophiques Gaz. hebdom. 1888. Nr. 39*) również Bernhardt (*Syryngomyelie und Scoliose. Centrbl. f. Nervenheilk. 1889. Nr. 2*) zwraca uwagę na identyczność choroby Morvana z syryngomyelią a to głównie opierając się na objawach ze strony zboczeń odżywczych w skórze, w mięśniach, kościach a w szczególności na rozległych sprawach zapalnych, toczących się na palcach rąk i w ogóle w kończynach górnych. Schultze (*Zur Kenntniss der Lepra. Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 43*) zwrócił także uwagę na podobieństwo choroby Morvana do syryngomyelii. Roth (l. c.) w obszernej swej pracy podziela również to zapatrywanie się. Inni zaś autorowie jak Mond i Reboul (*Contribution a l'étude du panaris analgésique—Maladie de Morvan. Arch. génér. de Méd. 1888*) uważają chorobę Morvana za odmianę zapalenia nerwów obwodowych a to głównie na podstawie wyniku badania nerwów w członkach amputowanych z powodu choroby Morvana; wykazali bowiem *neuritis parenchymatosa et interstitialis*. Häckel (*Zwei Fälle von schweren symmetrischen Panaritien auf trophoneurotischer Grundlage. Münch. med. Wochschr. 1889*) przypuszcza, że w chorobie Morvana istnieje zapalenie korzeni rdzenia pacierzowego (*Wurzelneuritis*). (C. d. n.)

III. Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem.

Przez
Władysława Biegańskiego,
lekarza szpitala N. P. M. w Częstochowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

Rzecz godna uwagi, że i liczba płytek Bizzozera zwiększa się znacznie po ustąpieniu leukocytozy. Badając krew w przyrządzie Thoma-Zeissa, przy użyciu płynu Hayema, można spostrzedz wtedy liczne, owalne, okrągłe lub wydłużone ciałka, wielkości różnej od $^1/_{15}$—$^1/_5$ średniego białego ciałka krwi, ułożone niekiedy w postaci paciorków, w innych miejscach trzymające się białych ciałek krwi, z rozpadu których widocznie one pochodzą. W przypadkach, gdzie ich jest dużo, dają się one łatwo liczyć i ilość ich wtedy znajdujemy rozmaitą, niekiedy do jednego miliona i więcej. Otóż tych to ciałek rozpadowych znajdujemy zaraz po ustąpieniu leukocytozy zwykle dość znaczną ilość, większą zawsze, aniżeli podczas leukocytozy.

Powyżej opisane zachowanie się białych ciałek krwi spostrzegamy zaraz po przesileniu; najwybitniej ono występuje, jeżeli przesilenie szybko nastąpiło i było zupełne. — W przypadkach, kończących się powoli *per lysim*, zmniejszenie się ilości komórek wielojądrowych nie jest tak wyraźne, odbywa się ono również powoli i nie dosięga takiego niskiego odsetka, jak w przypadkach kończących się przesileniem.

A teraz zachodzi pytanie, jak prędko zmiany te krwi wyrównywają się, jak prędko krew wraca do prawidłowego zachowania się. Otóż z naszych spostrzeżeń wynika, że już na trzeci, czwarty dzień po spadku ciepłoty, rzadziej później, znajdujemy procentowy stósunek prawidłowy, t. j. mniej więcej 75% wielojądrowych komórek. W kilka dni po takiem wyrównaniu, mniej więcej około 8—10. dnia po przesileniu, występuje znowu nieznaczna leukocytoza (14—16,000), która w ciągu doby lub dwóch dni przemija. W tej następczej leukocytozie spotykamy zawsze prawidłowy stósunek procentowy.

Jeszcze jedna okoliczność zasługuje na uwagę w badaniu krwi po spadku gorączki, mianowicie, że występują wtedy w dużej ilości komórki eozynofilne (2—4%, prawidłowo 1—1½%). Z 10 przypadków przez siebie spostrzeganych znalazłem w 5 wypocinę eozynofilną po przełomie, w drugich 5 przypadkach nie spotykałem jej. W każdym razie okoliczność ta jest bardzo ciekawa, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że we wszystkich tych 10 przypadkach nigdy nie znajdywaliśmy eozynofilnych komórek podczas gorączki.

Tak się przedstawiała krew badana na zabarwionych preparatach w przypadkach zapalenia płuc, przebiegających szczęśliwie. W przypadkach ciężkich, ze śmiertelnem zej-

ściem, rezultat badania przedstawia się inaczej. Mówiliśmy już, że w takich przypadkach leukocytoza nie występuje; przeciwnie spotykamy leukopenię (zmniejszenie ogólnej ilości białych ciałek krwi). Przy badaniu zaś zabarwionych preparatów krwi w takich przypadkach spostrzegamy znaczne zmniejszenie się ilości komórek wielojądrowych, do 50 a nawet do 29%; równocześnie stósunek małych limfocytów przedstawia się znacznie większym, mianowicie 52% oraz powiększa się także stósunek dużych limfocytów (do 19%). Eozynofilnych komórek w krwi takiej nie znajdowałem. Jednem słowem z wyjątkiem eozynofilii krew chorych na zapalenie płuc w przypadkach ciężkich przedstawia się tak samo jak i krew po przesileniu choroby. I tu i tam znajdujemy zmniejszenie ogólnej ilości białych ciałek krwi; i tu i tam względna i ogólna ilość wielojądrowych komórek jest znacznie zmniejszona. Jednojądrowe zaś komórki przedstawiają się albo w ilości prawidłowej, albo, co częściej, powiększonej.

Chcąc sprawdzić rozpoznawczą wartość leukocytozy w zapaleniu płuc, przedsięwzięliśmy szereg badań krwi w innych chorobach, które swoim przebiegiem przedstawiają pewne podobieństwo do zapalenia płuc włóknikowego. Badaliśmy więc krew w trzech przypadkach tyfusu brzusznego. W dwóch przypadkach, mianowicie jednym zakończonym wyzdrowieniem i drugim z zejściem śmiertelnem, znaleźliśmy przy kilkorazowem badaniu zmniejszenie ilości białych ciałek krwi, t. zw. leukopenię. W obu przypadkach ogólna ilość białych ciałek nie dochodziła 6,000. Wśród ciałek tych znaleźliśmy stósunki prawidłowe, t. j. wielojądrowych komórek było około 75%, reszta wypadała na komórki jednojądrowe. W jednym przypadku tyfusu brzusznego, gdzie w czwartym tygodniu choroby, już po spadku gorączki, wystąpiło nagle obostrzenie sprawy, połączone z gorączką, dusznością i licznemi rzężeniami w płucach, gdzie cały przebieg zdawał się przemawiać za powikłaniem ze strony płuc, pomimo braku wyraźnych objawów zgęszczenia miąższu płucnego, znaleźliśmy znaczną leukocytozę z ilością białych ciałek 20,000 i ze stósunkiem między komórkami właściwym zapaleniu płuc, mianowicie ze znacznem powiększeniem się ilości komórek wielojądrowych. Dalszy przebieg choroby rzeczywiście przekonał nas, że takie było właśnie powikłanie w tym przypadku.

Krew chorych z gruźlicą płucną badaliśmy w trzech przypadkach. W jednym przypadku, gdzie zmiany w płucach nie były rozległe i stan był prawie bezgorączkowy, ilość białych ciałek krwi była prawie prawidłową (8,000) i stósunek wzajemny komórek odpowiadał w zupełności temu, jaki spotykamy w okolicznościach prawidłowych. W dwóch innych przypadkach, gdzie sprawa w płucach była daleko posunięta, gdzie była wysoka gorączka a w jednym nawet przypadku objawy gruźliczego owrzodzenia kiszek, liczbę białych ciałek krwi znaleźliśmy nieco powiększoną, mianowicie w jednym przypadku 10,000, w drugim 14,000. W obu tych przypadkach ilość limfocytów była stósunkowo znacznie powiększona, do 40% a wielojądrowych zmniejszona do 52%.

Chorych z zapaleniem opłucnej surowiczem spostrzegaliśmy w tym czasie czterech. We wszystkich tych przypadkach krew badana przedstawiała co do ogólnej ilości białych ciałek krwi stósunki zupełnie prawidłowe, co do wzajemnego zaś stósunku rozmaitych rodzajów komórek znajdywaliśmy pewną przewagę po stronie małych limfocytów (do 32%).

Z zapaleniem opłucnej ropnem spostrzegaliśmy dwa przypadki; w obu była wyraźną leukocytoza i to niekiedy dość znaczna. I tak n. p. w jednym przypadku, gdzie choroba trwała około 6 tygodni, ilość ciałek krwi wynosiła 44,000, przy cieplocie ciała 38·2°. Po dokonaniu pleurotomii, w tym samym przypadku, znaleziono 10,000 białych ciałek, przy ciepłocie 36·5°. Wzajemny stósunek rozmaitych komórek przedstawiał się przy pierwszem badaniu zupełnie prawidłowo (72% wielojądrowych komórek, 5% dużych limfocytów i 23% małych limfocytów). Za powtórnem badaniem, kiedy już leukocytoza ustąpiła prawie zupełnie, znaleźliśmy stósunki następujące: 52% wielojądrowych, 8% dużych limfocytów i 40% małych limfocytów obok wielu ciałek rozpadowych. Drugi przypadek zapalenia opłucnej ropnego spostrzegaliśmy dłuższy czas i w tym czasie zbadaliśmy 6 razy krew. Otóż w tym przypadku leukocytoza przedstawiała dość rozległe wahania; znajdywaliśmy bowiem od 10—20,000 białych ciałek krwi. Podczas znacznej leukocytozy (18—20,000) stósunek wzajemny leukocytów był prawie prawidłowy; podczas zaś spadku leukocytozy ilość stósunkowa wielojądrowych komórek zmniejszała się znacznie (do 54%), ilość zaś małych limfocytów powiększała się do 44%. Komórki eozynofilne zawsze zjawiały się w większej ilości za każdym spadkiem leukocytozy i zmniejszeniem się liczby wielojądrowych komórek.

Nakoniec badaliśmy jeszcze krew w jednym przypadku ostrego zapalenia oskrzeli z przebiegiem gorączkowym i znaczną dusznością. Otóż w tym przypadku znaleźliśmy ilość białych ciałek krwi prawidłową i taki sam prawidłowy stósunek pomiędzy rozmaitemi leukocytami.

Jeżeli teraz rozpatrzymy się w otrzymanych rezultatach z punktu widzenia praktycznego, ze względu na rozpoznawanie i rokowanie, to z dat powyższych możemy wywieść następujące praktyczne zasady: 1) Obecność leukocytozy w pewnej chorobie gorączkowej ostrej przemawia za zapaleniem płuc lub zapaleniem opłucnej ropnem a przeciw tyfusowi. W wątpliwych więc przypadkach mamy pewną zasadę do rozstrzygnięcia rozpoznania za pomocą badania krwi. 2) Brak leukocytozy przemawia albo za tyfusem albo za zapaleniem płuc z przebiegiem ciężkim. 3) Powiększenie się znaczne ilości komórek wielojądrowych w przypadkach, w których rozpoznanie waha się pomiędzy zapaleniem włóknikowem płuc a zapaleniem opłucnej ropnem, przemawia za zapaleniem płuc. 4) Zmniejszenie się ilości wielojądrowych komórek przy braku leukocytozy w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego świadczy o ciężkim przebiegu i daje złe rokowanie.

Mniejsze znaczenie ma badanie krwi w odróżnianiu rzekomego przesilenia od rzeczywistego. Tutaj bowiem często możemy być narażeni na błędne wnioskowanie. Mówiliśmy już, że leukocytoza nie zawsze tak nagle i szybko ustępuje, jak gorączka, że często dopiero na drugi lub trzeci dzień po przesileniu ilość białych ciałek krwi wraca do prawidła. — To też obecność leukocytozy przy spadku gorączki nie może dowodzić bezwzględnie rzekomego przesilenia, gdyż i w prawdziwem przesileniu znajdujemy nieraz podobne okoliczności. Prędzej może tu mieć pewne znaczenie eozynofilia. Jeżeli po spadku gorączki spotykamy znaczniejszą odsetkę komórek eozynofilnych, to okoliczność ta świadczy o rzeczywistym przełomie choroby.

Z powyższego widzimy, że badanie krwi w przypadkach zapalenia płuc może mieć ważne praktyczne zastósowanie. Nie wynika z tego, żeby ten sposób badania miał wyrugować inne sposoby badania dyagnostycznego. Nigdy żmudne badanie krwi nie zastąpi innych, o wiele prędzej prowadzących do celu metod rozpoznawczych. Nieraz jednak zdarzyć się mogą i zdarzają się przypadki wątpliwe, w których objawy opukowe i przysłuchowe są tak niewyraźne, że długo wahać się musi nasze rozpoznanie. Znam z własnej praktyki przypadki zapalenia płuc, najczęściej u dzieci, gdzie rozpoznać można było sprawę dopiero w 6., 7. dniu choroby a nawet nieraz po przełomie, po przesileniu, wysłuchując w ograniczonej przestrzeni trzeszczenia tam, gdzie poprzednio ani stłumienia ani szmeru oskrzelowego nie było. Otóż w takich przypadkach badanie krwi może mieć rozstrzygające znaczenie. Niesłychanie ważne również znaczenie miałoby w praktycznem zastósowaniu badanie krwi w określaniu rokowania. Należy jednak w tym względzie powstrzymać się z wyrzeczeniem ostatecznego zdania. Dotychczasowe spostrzeżenia, jakkolwiek dziwnie zgodne, są jednak nieliczne; nie możemy więc na nich opierać pewnego wniosku. Jeżeli jednak dotychczasowe spostrzeżenia sprawdzą się na liczniejszym materyale, to zyskujemy w badaniu krwi niesłychanie ważny probierz rokowniczy.

(Dokończenie nastąpi.)

IV. O omamach i złudzeniach.

Odczyt

Dra Władysława Kohlbergera

na posiedzeniu naukowem sekcyi lwowskiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich w dniu 7. kwietnia 1893 r.

(Dok. Patrz Nr. 47.)

Czyste złudzenia pojawiające się często u osób zdrowych mogą mieć wedle Morela źródło swe albo 1) w różnych zjawiskach fizycznych a więc w świecie zewnętrznym, albo też 2) w samym ustroju z powodu zmiany częściowej czynności zmysłów, która nieraz występuje u osób nerwowych albo osłabionych po przebyciu ciężkich chorób, dalej u osób wygłodzonych, błądzących na pustyniach, lub na morzu i t. p. Złudzenia te jednakże łatwo może rozum osądzić należycie i rzadko też prowadzą one do błędnych wyobrażeń. Do pierwszego rodzaju złudzeń należeć będzie n. p. spostrzeżenie, że kij zanurzony częściowo w wodzie lub innym jakim płynie przeźroczystym, wydaje się złamanym, kulka z chleba, lub groch, lub podobne jakieś drobne ciało, macane równocześnie dwoma sąsiedniemi, lecz skrzyżowanemi palcami wydaje się podwójnem ciałem i t. p., do drugiego rodzaju złudzeń należą różne zjawiska okazujące się nieraz w postaci ciemnych albo też świetlnych plam, gwiazd, pręg, lub pasm przesuwających się po polu widzenia i t. p. Ponieważ złudzenia te mają swe źródło w samym ustroju, sądzę, iż właściwiej byłoby, jak już wyżej powiedziałem, nazwać je złudzeniami omamowemi, gdyż mogą one przy większem nieco nasileniu zmienić się bardzo łatwo w rzeczywiste omamy zmysłowe.

Zanim zakończę rzecz o omamach i złudzeniach zmysłowych, pozwolę sobie zwrócić jeszcze raz uwagę na t. zw. omamy i złudzenia senne i półsenne, gdyż bliższe i dokładniejsze zastanowienie się nad tym przedmiotem okazuje niemało ciekawych spostrzeżeń, mogących mieć niepoślednie znaczenie pod względem zrozumienia i wytłómaczenia istoty i sposobu powstawania różnych zboczeń w zakresie zjawisk wyobrażeń zmysłowych. Wspomniałem już, że u osób znużonych czuwaniem i pracą nocną i walczących ze snem często sen występuje mimowolnie. Będąc niejednokrotnie w podobnem położeniu, miałem też nieraz sposobność doświadczać na sobie samym, wśród jakich okoliczności tworzą się obrazy senne i półsenne, i badałem przytem bliżej warunki, w jakich powstają i co najwięcej wpływa na jakość i treść, którą one przedstawiają. Przez ćwiczenie doszedłem w tym względzie do pewnej wprawy, która wyrabia się podobnie, jak przy studyowaniu powidoków i może doprodzić do tego, że jak obrazy powidokowe mięszają się z obrazami rzeczywistemi, tak też obrazy senne a raczej półsenne mięszać się będą z obrazami rzeczywistych przedmiotów świata zewnętrznego. Pragnąc, by mię należycie zrozumiano, pozwolę sobie przypomnieć niektóre ważniejsze szczegóły, tyczące się powidoków. Wiadomo z fizyologii, że wyraźny obraz zmysłowy powstać może wtedy tylko, gdy odpowiednia podnieta, pochodząca od danych przedmiotów zewnętrznych, trwać będzie przez pewien czas, potrzebny do wywołania odpowiedniej zmiany w obwodowych zakończeniach narządów zmysłowych. Zmiana ta trwa również przez pewien przeciąg czasu i to zazwyczaj dłuższy, niż odpowiednia podnieta. Z tego wynika, że gdy n. p. usuniemy z pola widzenia przedmiot jakiś działający na zmysł wzroku, obraz tego przedmiotu nie zniknie równocześnie z jego usunięciem, ale trwać będzie dalej, krócej lub dłużej, w miarę mocy swego działania. Jeżeli n. p. patrzymy w słońce i zamknąwszy powieki odwrócimy głowę w inną stronę t. j. usuniemy słońce z pola widzenia, wówczas widzieć będziemy wybitny i jasny obraz słońca stosunkowo dość długo. Obraz taki zowiemy powidokiem dodatnim. Jeżeli w ciemności patrzymy na żarzący się węgiel, widzimy jego obraz. Jeżeli węgiel ten poruszamy powoli, widzimy obraz jego w coraz innem miejscu; jeżeli go poruszamy szybko, widzimy od razu całą smugę świetlną. Zjawisko to polega na tworzeniu się kolejnem powidoków dodatnich, które potem widzi się razem i równocześnie.

Gdy oglądamy dodatni powidok jakiegoś przedmiotu, mocno świecącego, we dnie, przy zamknięciu powiek a otworzymy je w czasie, gdy ten obraz powidokowy znikać zaczyna, wówczas spostrzeżemy na nowo obraz tego przedmiotu, ale będzie on ciemny, nie jasny Gdy tak samo postąpimy sobie oglądając dodatni powidok jakiegoś przedmiotu jaskrawo zabarwionego, ujrzymy po otwarciu powiek obraz jego w barwie dopełniającej. Tego rodzaju powidoki zowiemy ujemnemi w przeciwieństwie do dodatnich. Przyczyną tworzenia się powidoków ujemnych jest znużenie odpowiednich części obwodowych zakończeń zmysłu wzroku tak, iż stają się one przez pewien czas nieczułe na nowe bodźce, czyli podniety. Po każdym obrazie bez wyjątku nastąpić musi powidok dodatni a potem ujemny, ale ponieważ nie zwracamy na to uwagi, gdyż umysł nasz zajmuje się ciągle przedmiotami działającemi na nasze zmysły w sposób o wiele mocniejszy, niż powidoki, więc też zazwyczaj powidoków wcale nie spostrzegamy. Można jednak, jak już wspomniałem, przez ćwiczenie odpowiednie dojść do wielkiej wprawy w spostrzeganiu; w tym atoli razie obrazy powidokowe mięszać się będą ciągle z rzeczywistemi obrazami i to dojść może do tego stopnia, że spostrzeganie ostatnich staje się niekiedy

niedokładnem tak dalece, iż należyte oryentowanie się w otoczeniu okazuje się utrudnionem.

Obrazy powidokowe należą więc do złudzeń fizyologicznych czyli omamowych, albowiem mają źródło swe w zmianie obwodowych części narządów zmysłowych. Wspominam o nich głównie dla tego, że teorya powstawania powidoków może nam być w części pomocną do tłómaczenia niektórych zjawisk złudzeniowych i omamowych w ogóle.

Po tem krótkiem odejściu od głównego przedmiotu wracam teraz do doświadczeń, które otrzymałem, czyniąc spostrzeżenia nad tworzeniem się wspomnianych wyżej omamów i złudzeń sennych i półsennych.

Nie pomnę dokładnie dnia, ale było to w końcu miesiąca października 1892 r., gdym mimo zmęczenia całodzienną i wytężającą pracą spisywał późnym wieczorem przez kilka godzin z rzędu spostrzeżenia swoje, odnoszące się do stanu umysłowego chorych świeżo przybyłych. Walcząc ze snem całą siłą swej woli, odwróciłem na chwilę głowę od lampy, by przymrużywszy powieki, otrzeć sobie śluz zasychający po brzegach i w kącikach szpar powiekowych. Nagle ujrzałem o kilka kroków przed sobą, ku niemałemu zdumieniu swemu a nawet przerażeniu, postać anioła o promieniejącej głowie, białych, lśniących skrzydlach i takiejże odzieży, trzymającego w prawej swej ręce długi miecz ognisty. W pierwszej chwili struchlałem na ten widok i otworzywszy powieki, chciałem się bliżej przypatrzyć opisanemu zjawisku. Wyraźny obraz jego trwał jednak krótką chwilę i zmieniać się począł w szarawą, niewyraźną postać a w końcu spostrzegłem w miejscu zjawiska biały piec kaflowy, z boku jego oparty o ścianę długi, biały kij z hakiem, służącym do otwierania górnych części okien, na piecu zaś ujrzałem obraz lampy, przy której pracowałem, barwy szarej z obwódkami ciemnofiołkowemi, o brzegach nieco żółtawych. Zastanowiwszy się bliżej nad całem zjawiskiem, przyszedłem do przekonania, iż powstało ono w następujący sposób: Po przymknięciu powiek i odwróceniu się od światła utworzył się obraz lampy jako powidok dodatni. Przypadkowo obraz ten umieścił się obok białego kija nad brzegiem białego kaflowego pieca. Od obydwu tych przedmiotów odbijały się dość mocno promienie światła od lampy pochodzące. Wiadomo, że bardzo jasne przedmioty można widzieć w ciemności, mimo przymknięcia powiek, dlatego, że powieki część światła przepuszczają. Obrazy takie są zazwyczaj bardzo niewyraźne i niedokładne, mogą być jednak uzupełnione wyobraźnią podobnie, jak się to zwykle dzieje przy wszelkiem niedokładnem poczuciu zmysłowem. Wszystkie owe trzy obrazy jasne, ale nie bardzo wyraźne, a mianowicie: lampka gorejąca, piec i kij biały, złączyły się w jedną całość a zadrażniwszy odpowiednie części obwodowe narządów zmysłowych, odtworzyły w wyobraźni obraz owego anioła, którego kształt podobny widziałem nieraz przedstawiony na obrazkach. Widziany później obraz lampy, barwy szarej, z obwódkami ciemnofiołkowemi, był powidokiem ujemnym.

W kilka dni później, gdym się do snu ułożył i zaczynał już zasypiać, ujrzałem nagle długą szopę, podobną zupełnie do jednej z tych, jakie widywałem nieraz na Podolu a które służą do suszenia tytoniu lub kukurydzy. W obrazie tej szopy uderzającym był szczególnie jeden słup odznaczający się niezwykłą grubością i wyrazistością. Po chwili słup ten zmienił się w czarny piec żelazny, podczas gdy obraz szopy znikł powoli. Gdym otworzył powieki, ujrzałem w miejscu owego słupa, względnie pieca, wiszący nad łóżkiem na kolorowym dywanie ciemny pantofelek, służący za podstawkę do zegarka. Noc była księżycowa; promienie światła mogły przeto dostawać się częściowo przez zamknięte powieki i drażnić obwodowe zakończenia nerwu wzrokowego. Odróżniające się od jaśniejszej ściany ciemne stósunkowo i prostolinijne tło dywanu z umieszczonym na nim ciemniejszym jeszcze pantofelkiem, pionowo wiszącym, odtworzyło widocznie w mej wyobraźni pamięciowy obraz owej szopy z wyrazistszym jednym słupem, który później przekształcił się w piec żelazny.

Innym znowu razem, także w czasie zasypiania, usłyszałem nagle miarowe kołatanie podobne do tego, jakie słyszymy, gdy murarze cegły młotkiem obrabiają. Gdym począł przysłuchiwać się bliżej temu kołataniu, rozjaśniło się nagle pole widzenia i spostrzegłem tak wyraźnie, jak w świetle dziennem, dwóch murarzy stojących na niskim murze, obrabiających cegły i murujących potem. Obraz ten zniknął w bardzo krótkim czasie w ten sposób, że najpierw zaćmiło się pole widzenia a potem zacierać się poczęły kształty osób i muru. Po kilku minutach usłyszałem znowu miarowe kołatanie i po dłuższem przysłuchaniu się przekonałem się, że było to kołatanie chrząszczyka toczącego drzewo, zwanego kołatkiem upartym. Kołatanie to działając na usypiający zmysł słuchu, odtworzyło obraz pamięciowy kucia młotkiem a ten obraz słuchowy, kojarząc się z odpowiednim pamięciowym obrazem wzrokowym, odtworzył i ten ostatni łącząc oba razem. Odtworzenie takiego właśnie połączonego obrazu było bardzo łatwe, gdyż przez całe lato i jesień murowano w Kulparkowie nowe pawilony, czemu codziennie się przypatrywałem. Obraz murarzy murujących i obrabiających cegły tkwił mi więc bardzo żywo w pamięci.

Raz usłyszałem prawem uchem dwukrotne, głośne szczeknięcie psa, poczem uczułem dzwonienie głośne w tem uchu. Prawdopodobnie oderwanie się części woskowiny usznej od błony bębenkowej było powodem tego uczucia. Nie chcę nudzić dłużej opisywaniem swych dalszych różnych spostrzeżeń; dodam tylko, że obrazy takie półsenne nierównie częściej pojawiają się zaraz po obudzeniu się ze snu, niż przed zaśnięciem. Sądzę, że każdy doświadczał ich często i nie mało w życiu swojem i nieraz w młodzieńczym i chłopięcym wieku przerażał się niemi w pierwszej chwili a później poznawał, iż były to tylko złudzenia zmysłowe, sprawione działaniem jakichś rzeczywistych przedmiotów niewyraźnie spostrzeganych i dlatego uzupełnianych wyobraźnią do podobnego kształtu przeróżnych dawniej widzianych, względnie odczutych i zapamiętanych obrazów zmysłowych. Kierowałem często umyślnie przez dłuższy czas uwagę na jeden obraz pamięciowy, starając się przezto wywołać odtworzenie się zmysłowe tego obrazu; nigdy mi się to jednak nie udało. Próbowałem nieraz przez ugniatanie lekkie i pocieranie oczu, przy zamkniętych powiekach, drażnić obwodowe części zmysłu wzrokowego a kierując równocześnie stale uwagę na jakiś obraz pamięciowy, starałem się przez takie działanie odtworzyć go zmysłowo, ale zawsze bez skutku. Natomiast udawało mi się nieraz wytwarzać w ten sposób różne inne obrazy. Zazwyczaj widać w takich razach najpierw wir świetlny lub barwny a wśród tego wiru zjawiają się nieraz nagle i przelotnie różne, najdziwaczniejsze obrazy, nie mające jednakże żadnego podobieństwa do obrazów pamięciowych, które chciałem wywołać. Jestto naj-

lepszym dowodem, że w powstawaniu obrazów złudzeniowych i omamowych nie pamięć i dowolna wyobraźnia, a więc nie korowe zakończenia, lecz obwodowe części zmysłów główną grają rolę. Ostatnie są pierwotnie zadrażnione i dopiero następowo pobudzają pierwsze do czynności. Dlaczego wyjątkowo myśli i wyobraźnia wywoływać mogą te same objawy, starałem się wyjaśnić wyżej, na innem miejscu. Różni uczeni i w różnych czasach badali dokładnie złudzenia i omamy półsenne i wszyscy prawie doszli do tych samych wyników, t. j., że nigdy prawie nie można odtworzyć dowolnych obrazów, i jeżeli sztucznie pobudzamy zmysły do czynności, powstają całkiem inne obrazy, wcale niepodobne do tych, jakie zamierzaliśmy odtworzyć. Potwierdza to zwłaszcza Hagen. W dziele swem *Le sommeil et le rêve* (*Annales médico-psychologiques t. XI.*) podaje Maury, że obrazy zmysłowe przedstawiające się w stanie półsennym, t. j. graniczącym między stanem na jawie a we śnie, są bardzo rozmaite. Najczęściej przedstawiają się postacie ludzi i to w całości lub częściowo n. p. głowy i biusty, dalej postacie zwierzęce, niekiedy kwiaty, drzewa, domy a nawet całe krajobrazy. Barwy widzianych w ten sposób przedmiotów są zazwyczaj bardzo żywe i odpowiadają rzeczywistej barwie danych przedmiotów. Obrazy te są często nieruchome, niekiedy zaś poruszają się wolno lub szybko a zawsze przedstawiają się tylko przez czas krótki, ustępując miejsca innym, które kolejno przesuwają się przed oczyma, jak w kalejdoskopie. Niekiedy obrazy takie mają postacie dziwaczne i nienaturalne a oblicza wykrzywione w najrozmaitszy sposób.

Omamy półsenne dotyczą głównie zmysłu wzroku, pojawiają się jednak także w zakresie innych zmysłów. Sam kilkakrotnie miewałem obrazy słuchowe. Morel przytacza tego rodzaju omamy odnoszące się do zmysłu czucia. Jedna z jego chorych miewała przed zaśnięciem uczucie, jakoby jej czoła dotykała się jakaś lodowato zimna ręka trupia; inna skarżyła się, iż ułożywszy się do łóżka, uczuwa często obok siebie, lub na sobie leżące nieżywe ciało ludzkie; inna znowu mówiła, iż przed uśnięciem czuje, jak biała gęś włazi na jej łóżko, sadowi się na jej brzuchu i znosi tu jaja.

Maury doświadczał bardzo często sam na sobie, w jakich okolicznościach najczęściej do skutku przychodzą takie omamy półsenne i przekonał się, że bywały one najliczniejsze i najżywsze, gdy uczuwał objawy przekrwienia mózgowego, co często się u niego zdarzało. Ile razy cierpiał na ból głowy albo czuł bóle nerwowe w oczach, uszach, nosie, lub doznawał uczucia szarpania i rwania w mózgu, wówczas zawsze po przymknięciu powiek okazywały mu się najrozmaitsze widziadła i opanowały cały jego umysł.

Z tego wszystkiego widać, że złudzenia jakoteż omamy półsenne powstają u ludzi zdrowych w pewnych tylko okolicznościach, w których życie świadome i dowolne zaczyna przechodzić zwolna w nieświadome i mimowolne. W podobnym stanie znajduje się często ustrój w czasie rozpoczynającej się choroby umysłowej i dla tego wtedy są tak częste złudzenia i omamy zmysłowe. Występują one zazwyczaj nagle i niespodzianie i dlatego wprawiają osoby, których się to tyczy, w wielkie zdumienie a nawet przerażenie; uważane zaś bardzo często za zjawiska cudowne i nadprzyrodzone, zdolne są zmienić dane osoby zupełnie pod względem obyczajowym i dać powód powstaniu zupełnie nowych uczuć i myśli, nowych celów i dążności życia. Dzieje ludzkości przedstawiają przykłady tego rodzaju i pouczają dowodnie, że wiele wielkich i doniosłych czynów całe narody a nawet ludzkość całą obchodzących w tych wrzekomo cudownych i nadprzyrodzonych zjawiskach miały swe źródło i początek.

Jakie znaczenie mają omamy i złudzenia zmysłowe w chorobach umysłowych, będę mógł wykazać dopiero później przy opisywaniu różnych form chorobowych z osobna. Do tego też czasu odkładam szczegółowe skreślenie różnych rodzajów złudzeń i omamów, odnoszących się do różnych zmysłów, przyczem starać się będę rozbierać bliżej i wyjaśniać każdy przypadek z osobna.

V. Oceny i sprawozdania.

F. Murdzieński: **Kalendarz lekarski krakowski na rok 1894.** Na wezwanie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego ułożył . . . Rok 3 ci. W Krakowie. Nakładem księgarni S. A. Krzyżanowskiego.

Punktualnie, jak zawsze, tak i w tym roku ukazał się na widok publiczny *Kalendarz lekarski krakowski* tak pożądany dla lekarzy praktycznych, którzy dziś nie potrzebują więcej zaopatrywać się w wydawnictwa niemieckie, przede wszystkiem wiedeńskie, w tak nieprzyjemny sposób nieraz narzucane.

Przytoczenie spisu rzeczy najlepiej wykaże wartość publikacyi, o której mowa: 1) Kalendarz kościelny. 2) Spis środków lekarskich w podręczniku terapeutycznym. 3) Podręcznik terapeutyczny. 4) Nowe leki. 5) Ważniejsze krajowe i zagraniczne zakłady zdrojowo-kąpielowe. 6) Wybór najodpowiedniejszych zdrojowisk do leczenia chorób. 7) Kąpiele z dodatkiem środków lekarskich. 8) Szkodliwe połączenia leków. 9) Największe dawki środków leczniczych. 10) Waga różnych dawek. 11) Porównanie wag aptekarskich. 12) Dawki średnie dla dzieci. 13) Porównanie dawki leków. 14) Ile kropel liczy się na gram? 15) Leczenie za pomocą wziewań. 16) Dawki środków używanych do wziewań. 17) Leczenie wstrzykiwaniami podskórnemi. 18) Tablica brzemienności. 19) Otrucia ostre i sposoby ratowania w nich. 20) Ratowanie pozornie zmarłych. 21) Warunki przyjmowania obłąkanych do zakładów publicznych lub prywatnych. 22) Rozbiór moczu. 23) Kilka uwag o świadectwach lekarskich. 24) Świadectwa sądowo-lekarskie. 25) O sądowych oględzinach i sekcyach zwłok. 26) Naczelne władze sanitarne. 27) Władze sanitarne Galicyi. 28) C. k. krajowa Rada zdrowia. 29) Izby lekarskie. 30) Służba zdrowia w Galicyi. 31) Alfabetyczny spis doktorów medycyny. 32) Alfabetyczny spis chirurgów. 33) Ogólne przepisy pocztowe. 34) Poradnik telegraficzny. 35) Skala stemplowa. 36) Notatki (4 kwartalniki w osobnych książeczkach).

Strona typograficzna kalendarza przedstawia się bardzo pięknie i przynosi prawdziwy zaszczyt tak drukarni *Czasu*, jak i Krakowowi słynącemu oddawna z wytworności swych druków.

Kiedy przeto i treść i druk odpowiadają najzupełniej wszelkim, nawet najwybredniejszym wymaganiom, niech nam wolno będzie poprosić na tem miejscu Szanownego Wydawcę, który już tyle sobie zadał pracy, by pousuwał w roku przyszłym ze swego kalendarza tę nieznaczną zresztą liczbę błędów językowych (n. p. przeciętny zamiast średni, do wewnątrz zamiast wewnętrznie, najwyższa dawka zamiast największa dawka i t. p.), których być nie powinno w wydawnictwie tak poważnem, jakiem jest bez wątpienia publikacya, o której mowa. *D.*

Anatomija.

Józef Halban (Wiedeń): **Grubość mięśni prążkowanych i jej znaczenie.**

Autor dzieli włókna mięśni prążkowanych na typowe t. j. posiadające jednakową grubość i na atypowe t. j. włókna znajdujące się między pierwszemi, jednak w mniejszej od nich liczbie, o grubości zmiennej, już to większej, już to mniejszej, niż grubość włókien typowych.

Wyniki pomiarów mięśni są różne i zależne od mięśnia, którego włókna się bada. Przy badaniu porównawczem mięśni grubych widzi się o wiele wybitniejsze różnice w kalibrze ich włókien, niż w podobnych badaniach, podjętych nad mięśniami cienkiemi. Grubość włókien jednych i tych samych mięśni, wydobytych z różnych osób jest rozmaita i zależna od stopnia ich odżywienia. W włóknach mięśni płodów są tylko nieznaczne różnice w grubości. Od 4. miesiąca życia płodowego aż do chwili urodzenia się podwajają się grubość włókien mięśni prążkowanych. Od chwili porodu zwiększa się grubość włókien mięsnych rozmaicie a stósownie do pracy mięśni. Ztąd też wynikają różnice w grubości włókien różnych mięśni w dorosłym ustroju. Wraz z grubością włókien, która waha się od 10 do 100 μ., wzrasta grubość całego mięśnia. Niejednostajny przyrost grubości włókien sprawia różną grubość odpowiednich całych mięśni; ztąd wynika, że przyrost grubości całych mięśni od chwili urodzenia się zależy od wzrostu grubości włókien z osobna. Grubość mięśni zależy także od wielkości ich płodowego zawiązku; mięśnie grubsze w dojrzałym ustroju mają większe zawiązki już w samym płodzie.

Z tych wyników dochodzi autor do przekonania, że grube i mocno rozwinięte mięśnie w ustroju dojrzałym mają włókna o większym przekroju, niż mięśnie słabo rozwinięte i cienkie, a ztąd, że różna grubość mięśni odpowiada różnej ich sile. Dla wytłumaczenia wzrostu grubości mięśni w życiu pozapłodowem wystarcza zupełnie wzrost grubości ich włókien i nie ma potrzeby przypuszczać wytwarzania się nowych włókien w tym okresie, czego dotąd nie wykazano. (*Anatomische Hefte. Wiesbaden 1893*). *Wachholz.*

Terapia.

Wilhelm Kruse: **Przyczynek do leczenia zatrucia morfinowego zapomocą atropiny.**

Dwutygodniowemu dziecku Dra K., choremu na pleśniawki (Soor), przemyto usta zamiast zwykle używanym rozczynem kw. borowego, przez omyłkę rozczynem 0·60: 30·0 morfiny. Za kilka godzin spostrzeżono śpiączkę, potem zapad głęboki a, gdy środki pobudzające niewiele działały, podano dziecku dwie krople rozczynu atropiny 0·06: 7·5. W krótce zobaczono dobry skutek; w miarę, jak rozszerzały się źrenice, poprawiało się tętno i oddechanie, dawkę atropiny powtórzono w półgodziny i ostatecznie dziecko wyzdrowiało zupełnie. Było to więc ostre zatrucie morfiną. Ponieważ użyto morfiny tylko do przemycia ust, ilość, która dostała się do przewodu pokarmowego, nie da się ściśle oznaczyć; autor oblicza ją na 0·00375; w każdym razie była to dawka, jak dla dziecka 2-tygodniowego i to niedonoszonego i licho rozwiniętego, duża (Biedert podaje do 1. roku 0.003—0·005; Baginsky 0.0035 jako dawkę największą). Dawka atropiny oznaczona jest dla dzieci na 0·000025—0·00005 na raz; tymczasem autor podał dziecku swemu dawkę daleko większą, bo 0·001 a nawet w półgodziny dawkę tę powtórzył i wysnuwa ze swego przypadku ten wniosek, że w zatruciu morfiny działa atropina dobrze i to w dawkach dużych. (*Archiv. f. Kinderheilkunde 1893*). *Dr. Raczyński.*

Veiel: **Przyczynek do terapii liszaja żrącego** (*lupus vulgaris*).

V. niszczy tkankę liszajową stósownie do lokalizacyi guzków, jużto sposobem mechanicznym przez nakłócia, wyskrobanie, już też żrącemi chemicznie ciastami czyli pastami, wreszcie termokauterem lub galwanokauterem.

W rzędzie ciast używa 10% wazeliny pirogallolowej; gdzie jej od początku nie używano, tam przykłada ją zrazu na 2 dni, później zmienia codziennie, przez co niszczy doszczętnie tkankę chorą; zdrową natomiast naokół chroni od drażnienia pirogallolem przez przyłożenie maści obojętnej.

Mocna maść pirogallolowa wywołuje w 4-5 dniu znaczny ból, zwłaszcza w obec dostępu powietrza tak, że go nieraz trzeba łagodzić dopiero wstrzykiwaniami morfiny. Ból ten jest też wskazówką, że trzeba przejść do maści słabszej (2% a nawet 1%, stósownie do delikatności skóry). Skoro pod maścią wytworzy się ziarnina czerwono-cisawa, gładka a jędrna, nakłada się na nię maść pirogallolową jeszcze słabszą: 0·5—0·2%, mocniejszą zaś chyba w razie, gdyby ziarnina zanadto bujać zaczęła.

Leczenie postępuje bardzo powoli; blizny jednak są miękkie i gładkie, piękniejsze od transplantacyi sposobem Thierscha, której zresztą można i przy tej metodzie używać na gładkiej powierzchni ziarninowej tam, gdzie chodzi o rychłe wyleczenie a mniej się zważa na piękne wejrzenie blizny.

Przy transplantacyi przeszczepia V. skrawki wprost z noża, bez zamaczania w rozczynie solnym, z dobrym wynikiem.

Używając pirogallolu należy zwracać baczną uwagę na mocz i zaraz przerywać leczenie, skoro tylko okaże się w moczu białko lub krew. Zmian poważniejszych w nerkach pirogallol nie sprowadza, gdyż używa się go tylko na niewielkiej stósunkowo powierzchni.

Podobnie, jak w gruźlicy skóry, otrzymuje V. pomyślne skutki z leczenia tą metodą również w gruźlicy kości krótkich, jak np. stopy. Używa przytem przez 2 tygodnie 10% maści pirogallolowej, później zaś 2% aż do wyleczenia (8—13 tyg.).

Przy leczeniu liszaja spojówki zapuszczał autor w jednym przypadku 0·5% rozczyn wodny pirogallolu raz dziennie z skutkiem pomyślnym; pojawiające się przytem zaćmienie rogówki ustąpiło wkrótce po zaprzestaniu na kilka dni wkraplania. (*Berl. klin. Wchschr. 1893. Nr. 39.*) *L. K.*

Choroby uszne.

Barnick: **Wyniki badania za pomocą wziernika ocznego w zapaleniu ropnem ucha środkowego.**

Celem badania było, jak to oświadcza autor, zwrócić uwagę na ważność badania wziernikowego ócz dla poznania początków zajęcia mózgu po ropnem zapaleniu ucha środkowego. Z pomiędzy 20 przypadków tego cierpienia można było w 9 ciu wykazać mierne zapalenie nerwu wzrokowego.

W jednym przypadku pojawiły się u 6-letniej dziewczyny w przebiegu ropienia ucha środkowego prawego objawy zadrażnienia mózgu, sztywność karku, lekkie bredzenie na szczycie gorączki, chwilami wymioty, nieznośny ból głowy. Otwarto wyrostek sutkowy dłutem; zbadanie ócz w 4 dni później wykazało obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego. W 5 dni później obrzmienie to ustąpiło a dziecko wypuszczono z zakładu.

U 12-letniego chłopca, cierpiącego od wczesnego dzieciństwa na ropienie uszne obustronne, zaostrzyło się nagle zapalenie ucha środkowego lewego, wymagając otwarcia dłutem wyrostka sutkowego lewego, w którym znaleziono sposoczały żółciolojak (*cholesteatoma*). Badanie wziernikowe ócz w 19 dni po operacyi wykazało obustronne zapalenie nerwu wzrokowego. Później pojawiły się mocna senność, zwolnienie tętna, rozlany ból głowy, przeczulica ogólna objawy, wśród których chory w miesiąc po operacyi życie zakończył. Oględziny pośmiertne wykazały duży ropień w lewym zrazie skroniowym bez zapalenia opon.

W 3-cim przypadku znaleziono u 10-letniego chłopca cierpiącego na przewlekłe ropienie ucha prawego z równoczesnem zajęciem wyrostka sutkowego bez żadnych objawów mózgowych, nieznaczne obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego. W 2 dni później dreszcze. Wykuto dłutem wyrostek sutkowy natychmiast, odsłonięto oponę twardą i wyskrobano łyżeczką ropny, rozpadły skrzep z zatoki poprzecznej. Dreszcze powtarzały się, senność. W 12-ym dniu po operacyi wybitne zapalenie obustronne nerwu wzroko-

wego. Po dalszych 13 dniach chory umarł na zapalenie zatoki żylnej i ropne zapalenie opon mózgowych.

Jako wyniki swych spostrzeżeń podaje autor, co następuje:

1) Nie we wszystkich przypadkach zapalenia mózgu i opon wskutek ropotoku usznego znajduje się zapalenie nerwu wzrokowego; tam zaś, gdzie jest, potwierdza stanowczo rozpoznanie powikłania ze zmianą chorobową wśród czaszki.

2) Już pierwsze znaki przekrwienia chorobowego tarczy należy uważać za wskazanie do wykucia dłutem wyrostka sutkowego.

3) Zapalenie nerwu wzrokowego i po trepanacyi wyrostka sutkowego utrzymujące się, robi rokowanie bardzo wątpliwem. Wybitne obrzmienie zastoinowe tarczy nerwu wzrokowego każe z pewnością spodziewać się zejścia śmiertelnego.

4) Zapalenie nerwu wzrokowego nabiera szczególnej wartości praktycznej przez to, że może wskazać na zmianę chorobową wśród czaszki już wtedy, kiedy jeszcze nie ma innych objawów podrażnienia mózgu, szczególnie w zakresie innych nerwów mózgowych. (*Dysertacya inauguralna. Hall. 1892*). *Dr. Spira.*

Choroby dzieci.

Wł. Papiewski: **O tężcu noworodków** (*trismus et tetanus neonatorum*).

Pomimo wielkiej względnie statystyki, zebranej w ciągu lat wielu, nie zdaje się zbytecznem zestawiać jak największą liczbę przypadków tężca, tego strasznego cierpienia noworodków, aby z jednej strony oświecać, o ile możności, nowemi spostrzeżeniami stronę etyologiczną i kliniczną, z drugiej terapeutyczną, która, dzięki najnowszym badaniom, staje na coraz ściślej naukowym, racyonalnym a, co za tem idzie, do wyleczenia prowadzącym gruncie.

Z tego założenia wychodząc, zestawia autor 12 przypadków tężca noworodków (z kliniki prof. Eschericha w Gracu), przytacza historye chorób, porównywa je z innemi, roztrząsa szczegółowo etyologię tej choroby, stósunek pojawiania się do wieku, płci, pory roku i t. d. a uwzględniwszy właściwą literaturę, dochodzi wreszcie na podstawie tego do wniosków, które przytaczamy poniżej. Również wyczerpująco traktuje leczenie tężca noworodków. Do niedawnego czasu leczono tężec przypadowo, używano bardzo wielu środków (głównie kalomelu lub chloralu); dopiero jednak nowe odkrycia bakteryologiczne, wyświecenie etyologii cierpienia zwróciło terapię na inne tory. Pierwszym był Sahli, który za pomocą podskórnych wstrzykiwań fizyologicznego roztworu soli kuchennej (działających moczopędnie) chciał niejako ustrój przemyć, przepłukać i uwolnić od szkodliwych toksyn. Polecił on leczenie to w chorobach zakaźnych, polegających na zatruciu krwi wytworami drobnoustrojów, między innemi także w tężcu noworodków.

Z 12 przypadków opisanych przez P., dwa leczono wstrzykiwaniami według Sahlego; oba zakończyły się śmiercią. Metodą podaną przez Behringa i Kitasatę nie leczono żadnego z opisanych przypadków. Natomiast 3 przypadki poddano leczeniu za pomocą t. zw. antytoksyny (Tizzoni-Cattani), t. j. przetworu otrzymanego z krwi psa immunizowanego przeciw tężcowi. Są to wogóle pierwsze przypadki tężca noworodków tą metodą leczone a jakkolwiek jeden z nich zakończył się wyzdrowieniem, Drowi P. „nie zdaje się, aby na tak pomyślny wynik miało mieć wpływ leczenie tą metodą“.

Ogólne wnioski, do których P. dochodzi, są następujące:

1) tężec przyranny dorosłych, jakkolwiek zasadniczo pod względem przyczyn i przebiegu identyczny z tężcem noworodków, pod względem natężenia wielce się od niego różni;

2) przyczyną tej różnicy w natężeniu jest różna odporność na zakażenie w silnym ustroju dorosłego człowieka a słabym noworodka;

3) nowe metody lecznicze, o ile dziś się przekonano, nie zdaje się, by wywierały jaki niezaprzeczenie pomyślny wpływ w tężcu przyrannym a tem bardziej w tężcu noworodków;

4) przypadki wyleczenia różnemi metodami leczniczemi dadzą się zaliczyć do kategoryi wyleczeń dobrowolnych;

5) tężec noworodków jest bezwarunkowo śmiertelnym, o ile okres jego wylęgania jest krótkim (1—5 dni), możliwym zaś do wyleczenia, jeżeli wylęganie jest dłuższem (nad 6 dni);

6) rokowanie w tężcu przyrannym o krótkim okresie wylęgania bardzo jest zbliżone do rokowania w tężcu noworodków, jednak bezwarunkowo pomyślniejsze.

Ciekawego szczegółów czytelnika odsyłamy do oryginalnej rozprawy, która obok innych zalet, wyczerpującej literatury, odznacza się dobrym językiem. (*Gazeta lekarska. Nr. 30. 1893*). *Dr. J. R.*

Przegląd terapeutyczny.

— Köster donosi o 50 przypadkach róży, które leczył w ten sposób, że na miejsca zajęte przez różę i ich sąsiedztwo nakładał pędzlem warstwę białej wazeliny, na nią przykładał płótno i wszystko obwijał pod miernym uciskiem opaską organtynową. Wazeliną namazywano po dwa razy dziennie nie odmieniając płótna ani organtyny. Skutek był bardzo pomyślny, bo gorączka ustępywała zwykle po 2 do 3 dniach, niekiedy już po jednej nocy. Köster zwraca uwagę, że jego sposób leczenia róży jest prosty, niebolesny, bezpieczny i nie drażni skóry. (*Cntblatt für klin. Med. 38. 1893.*)

— Kwestyi wsysania przez skórę nauka dotychczas stanowczo nie załatwiła. Gdy jedni zaprzeczają, by przez skórę dostawały się do ustroju substancye lecznicze, twierdzą inni, że wsysanie odbywa się przez skórę i że tą drogą można wprowadzić do organizmu pewne leki w takiej ilości, iż wystąpi ich działanie swoiste. Munk zabił królika zanurzywszy go do roztworu strychniny, użył atoli do pomocy jeszcze prądu galwanicznego.

W ogólności można powiedzieć, że roztwory soli nie przechodzą przez skórę nienaruszoną; natomiast nie ulega wątpliwości, że substancye rozpuszczające lub w inny sposób zmieniające przyskórek, jak jod, fenole, resorcyna a szczególniej kwas salicylowy przechodzą przez skórę w ilości nawet dosyć znacznej.

Prof. Bourget w Lozannie robił w tej mierze doświadczenia z jodem i kwasem salicylowym, jako ciałami najłatwiejszemi do wessania i do wykrycia następnie w moczu i przekonał się równie, jak przed nim Unna, Jahl, A. Ritter, Ingria i inni, że kwas salicylowy użyty w postaci mięszaniny z olejkiem migdałowym przechodzi już po 3 godzinach do moczu i daje się w nim wykazać wyraźnie.

Ażeby dojść, jaki ma wpływ na wessanie kwasu salicylowego substancya użyta do jego zarobienia, sporządził sobie Bourget 10% maści salicylowe: z maścią glicerynową, 2) z wazeliną, 3) z tłuszczem wieprzowym, 4) z tłuszczem wieprzowym, lanoliną i olejkiem terpentynowym i smarował niemi skórę w okolicy głównych stawów.

Obecność kwasu salicylowego w moczu poznać można po tem, że mocz kwasem siarkowym zakwaszony i z eterem siarczanym kłócony oddaje kwas salicylowy eterowi, z którego otrzymać go można przez odparowanie. Pozostałość rozpuszczona w wodzie daje po dodaniu kropli roztworu półtorachlorku żelaza mocne, piękne zabarwienie fiołkowe, widoczne nawet w obecności bardzo małych ilości kwasu salicylowego.

Otóż z tych doświadczeń z 10% maściami salicylowemi wypada, iż kwas salicylowy ukazuje się po ich użyciu w moczu rychlej lub później i w rozmaitej ilości, wyno-

szącej po 24 godzinach dla maści glicerynowej, wazelinowej i dla maści z prostego tłuszczu wieprzowego od 0·003 do 0·24 kwasu salicylowego na 10·00 użytych na skórę. Natomiast za użyciem maści zrobionej z

Acidi salicylici
Lanolini
Olei terebinthinae āā 10·00
Axungiae porci 100·00

okazuje się po 24 godzinach od 0·20 do 1·40 kwasu salicylowego w moczu.

Ta różnica we wsysaniu kwasu salicylowego przez skórę zależy, jak się przekonał Bourget, od wieku, płci, zdrowia osoby do doświadczenia użytej tudzież wielkości skóry nasmarowanej i okolicy ciała. U kobiet, osób młodszych, dobrze odżywionych przechodzi kwasu salicylowego przez skórę więcej, niż u osób starszych, mężczyzn i ludzi mających skórę suchą, źle odżywioną. Co do okolicy ciała, najwięcej dostaje się kwasu salicylowego przez skórę w okolicy wielkich stawów a mianowicie kolan.

Otóż na podstawie tych doświadczeń używał B. kwasu salicylowego zewnętrznie na chore stawy w przypadkach ostrego gośćca stawowego i przekonał się, że w ten sposób użyty działa kwas salicylowy bardzo korzystnie, bo zmniejsza rychło bóle i obrzmienie tudzież obniża gorączkę.

Bardzo podobnie działał kwas salicylowy zewnętrznie użyty w postrzale (*lumbago*) i rwie kulszowej (*ischias*).

Na wiewiórowy gościec stawowy okazało się zewnętrzne użycie kwasu salicylowego bez wpływu. (*Ther. Mtshefte. Listopad. 1893.*)

— Na podstawie własnego doświadczenia zaleca Wood w czerwonce wprowadzanie czopków z lodu wprost do odbytnicy. Czopki te należy wsuwać w ciągu 1—1½ godziny co 3 lub 4 minuty. (*Blätter für klin. Hydrotherapie. Maj. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

Profesor Fournier w Paryżu zaleca na świerzb (*scabies*) mazidło:

142) Rp. *Glycerini* 200·00
Gummi tragacanthae 5·00
Florum sulfuris 100·00
Kali carbonici 35·00
Olei menthae
Olei lavandulae
Olei vanillae āā 1·50

Przeciwko łysieniu i włosowzrostowi niszczącemu (*trichophyton tonsurans*) zaleca Broco:

143) Rp. *Acidi carbolici*
Chlorali
Ttrae jodi āā 100·00

W łysieniu raz, przeciw włosowzrostowi niszczącemu 3—4 razy tygodniowo pomazywać pędzlem części skóry chore, dopóki skóra dosyć mocno nie zadrażni się.

Przeciwko swędzeniu w pokrzywce i innych chorobach skórnych zaleca Bourdeaux nacierania płynem:

144) Rp. *Aquae calcis*
Aquae laurocerasi
Glycerini āā 100·00

a następnie obwinięcie cienką warstwą waty.

(*Mtshefte für pract. Derm. 2. 1893*).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XIII. Posiedzenie z dnia 27. października 1893 r.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 46.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. Stachiewicz roztrząsa symptomatologię i leczenie polipów nosowych i przedstawia dwóch chorych *a*) kol. B., u którego wyjął znaczną ilość polipów nosowych i dolną małżowinę; *b*) chorego, u którego przed 2½ laty wyjął 62 polipów. Obecnie stan chorego przedstawia się zadowalniająco. Równocześnie przedstawia preparaty polipów wyjętych.

3) Kol. Krokiewicz miał zapowiedziany wykład *o zarazku cholery azyatyckiej*. Po krótkiem omówieniu symptomatologii i patogenezy i przedstawieniu obrazu sekcyjnego przedstawia hodowle choleryczne na pożywce bulionowej, żelatynowej, agarowej i na ziemniakach w różnych okresach rozwoju, dalej demonstruje obrazy mikroskopowe i odczyn barwika różowego cholery i ocenia krytycznie wartość odczynu czerwieni cholerycznej (*Choleraroth*) na podstawie przeszło 120 przypadków badanych w Galicyi podczas tegorocznej epidemii. Jako najważniejszy wynik swoich badań uważa kol. K., że we wszystkich (przeszło 120), badanych przypadkach cholery azyatyckiej, znalazł prątki przecinkowe Kocha.

Kol. Opolski opisuje przypadek obserwowany w swoim oddziale w szpitalu, w którym obraz chorobowy kliniczny i anatomiczny był łudząco podobny do cholery tak, że kol. Krokiewicz podczas sekcyi przypuszczał w przypadku tym cholerę azyatycką. Badanie bakteryologiczne jednakże nie wykazało prątków przecinkowych, wskutek czego wykluczono cholerę azyatycką.

Kol. Obtułowicz na podstawie własnych spostrzeżeń popiera wywody prelegenta i wykazuje, że w wielu przypadkach ostrego nieżytu przewodu pokarmowego jedynie badanie bakteryologiczne rozstrzygnąć może kwestyę, czy mamy do czynienia z cholerą azyatycką, czy też z cholerą swojską. I tak: w roku ubiegłym kol. O. zawezwany do 72-letniej Maryi W., wykrył u niej wszystkie przypadłości cechujące okres zamartwiczy cholery a po śmierci robiąc obdukcyę wraz z kol. Feiglem, stwierdził również wszystkie objawy pośmiertne, cechujące zazwyczaj cholerę azyatycką. Mimo to badanie bakteryologiczne, podjęte przez kol. Krokiewicza wespół z kol. Feiglem, wykazało brak przecinkowców Kocha i przypadek ten uznano za cholerę swojską, co zupełnie zgadzało się z wynikami badań, które wykazywały, że zmarła staruszka od lat kilkunastu Lwowa nie opuszczała i z chorymi na cholerę nigdy nie stykała się. Mimo to przebieg cholery swojskiej był u niej gwałtownym a śmierć nastąpiła w ciągu 18 godzin.

Podobnież rzecz się miała z przypadkiem cholery u 13-letniego chłopca w Rawie ruskiej, gdzie śmierć nastąpiła w ciągu kilku godzin, wśród przypadów wzbudzających podejrzenie cholery azyatyckiej; obdukcya wykazała dławcowe ostre zapalenie przewodu pokarmowego a badanie bakteryologiczne przez kol. Krokiewicza nie wykazało prątków przecinkowych i rozstrzygnęło kwestyę na korzyść cholery swojskiej. W obu przypadkach nie zdarzył się potem żaden przypadek cholery azyatyckiej.

W ostatnich miesiącach miał kol. O. sposobność dokonania 5 obdukcyj skutkiem otrucia grzybami, gdzie śmierć w ciągu kilkunastu godzin nastąpiła. Ostre zapalenie żołądka i jelit, silne nastrzykanie otrzewnej ściennej i jelitowej z odcieniem fiołkowym były nader wybitne a przecież tu mowy o cholerze nie było. (*Ref. własny*).

Kol. Wiczkowski zastanawia się nad reakcyą czerwieni cholerycznej. Jest to zwykły odczyn indolu, jednego z produktów gnicia istot białkowatych. Ten sam indol napotykamy w moczu jako prawidłowy składnik a miejscem tworzenia się jego są jelita cienkie. W kale cholerycznych pierwszy Virchow dostrzegł reakcyę różowo-czerwoną po dodaniu kwasu azotowego, za nim Poehl, Bujwid, Brieger także w hodowlach cholerycznych. Salkowski wyjaśnił naturę reakcyi, którą daje indol tylko w obecności kwasu azotawego i azotynów powstających przez utlenie-

nie się amoniaku pod wpływem działania prątków cholerycznych. Inne bakterye, n. p. gnilne, tworzą wprawdzie indol, lecz oraz odtleniają azotyny na amoniak, przeto tej reakcyi nie okazują za dodaniem samego czystego kwasu mineralnego. Do udania się odczynu w hodowlach cholerycznych, konieczne są pewne warunki: kultura musi być czystą, wolną od innych bakteryj, mogących działać odtleniająco na azotyny, musi być uskutecznioną przy dostatecznym dostępie powietrza, nie powinna być zbyt młodą. Do wywołania odczynu należy się posługiwać chemicznie czystemi odczynnikami, mianowicie kwas siarkowy i azotowy nie mogą zawierać żadnej domieszki kwasu azotawego a wreszcie pepton używany do hodowli ma być wolny od wszelkich produktów, jak albumozy, które łatwo utworzyć się mogą przy fabrykacyi peptonu. Mimo zachowania tych ostrożności przecież nie zawsze udało się wywołać powyższą reakcyę w hodowlach cholerycznych (Fraenkel, Petri), jakkolwiek inne dowody przemawiały niewątpliwie za cholerą. (*Ref. własny*).

Kol. Wernicki zwraca uwagę na to, że u zmarłych na cholerę wśród objawów mocznicy znajdujemy we krwi znaczną ilość mocznika. Zdaniem kol. W. najbliższą przyczyną objawów cholerycznych są albuminotoksyny, ptomainy zaś nie mogą wywoływać objawów typowych, jak cholera. Azotyny również nie mogą być przyczyną objawów cholerycznych, ponieważ powstają dopiero w dejektach wskutek rozpadu albuminotoksynów pod wpływem tlenu powietrza? (*Streszczenie autoreferatu*).

Nadto w dyskusyi przemawiali koll. Schramm, Pisek, Bałłaban i Krokiewicz.

4) Kol. Wiczkowski przedstawia 2 preparaty anatomiczne: a) *Hernia diaphragmatica accreta*, b) *Struma maligna* z licznemi przerzutami w płucach, wątrobie, mięśniu sercowym, w nerkach, macicy i wielokrotne guzy w żołądku.

W dyskusyi kol. Kadyi podaje, że znajdował takie guzy u psów w gruczole tarczykowym z przerzutami w płucach i innych narządach. Badanie drobnowidowe guzów przerzutowych wykazywało budowę gruczołu tarczykowego.

Kol. Wiczkowski w danym przypadku drobnowidem nie badał.

5) Kol. Pawlikowski przedstawia sprawozdanie z 3 ostatnich miesięcy o stanie zdrowotnym miasta.

Na tem posiedzenie zakończono.

XIV. Posiedzenie z dnia 10. listopada 1893 r.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 35.

---

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

2) Kol. prof. Kadyi mówi *o przypadku złamania wyrostka zębowego obrotnika* (*dens epistrophei*). Chora była dwukrotnie w leczeniu szpitalnem i umarła w szpitalu na gruźlicę płuc. W historyi choroby niema żadnej wzmianki o objawach wskazujących na wspomniane uszkodzenie i dostrzeżono je dopiero przypadkiem po wymacerowaniu kośćca. Kol. K. omawia szczegółowo anatomię i symptomatologię i przytacza odpowiednie przypadki z literatury; w końcu wyłożył własną teoryę powstawania złamania wyrostka zębowego obrotnika, wedle której wyrostek ten przez pewne kombinacye przechylenia głowy z obrotem około osi odrywa się od trzonu obrotnika. (*Rzecz będzie ogłoszoną w szczegółowem opracowaniu*).

Kol. Wehr jest również zdania, że złamanie niewątpliwie powstało za życia. Być może jednakże, że sprawa ta polega na tle gruźliczem. Wskutek ogniska gruźliczego w wyrostku zębowym może już nieznaczny uraz wystarczył do jego złamania.

Kol. Schramm nie może się zgodzić na zapatrywanie kol. Wehra; w sprawie gruźliczej bowiem powierzchnia odłamów musiałaby być chropowatą, nadżartą, gdy w przedstawionym preparacie powierzchnia ta jest w kilku miejscach nawet wyraźnie wygładzona. Ropień gruźliczy byłby za życia wywołał upośledzenie ruchomości, którego nie możnaby przeoczyć.

Kol. Kadyi sądzi, że niema żadnej podstawy do przypuszczenia sprawy gruzliczej w kości, z przyczyn już przytoczonych przez kol. Schramma. W sąsiednich stawach i kościach niema także najmniejszych zmian. Historya choroby również przemawia przeciwko takiemu pojmowaniu sprawy. Chora była dwukrotnie w szpitalu i była badana dokładnie pod każdym względem. Gruźlicę można było wykazać dopiero na kilka tygodni przed śmiercią, gdy przedtem obraz chorobowy był niejasny tak, że przypuszczano dur. Z tego wynika, że gruźlica miała przebieg przyostry i krótko trwała, gdy złamanie zęba obrotnikowego jest dawne a może bardzo dawne. Złamanie nie mogło przeto być następstwem gruźlicy, która wystąpiła później, gdy złamanie to dawno się już zgoiło.

Kol. Prus zgadza się w zupełności z zapatrywaniem się Prelegenta, że sprawa chorobowa w kręgu szyjnym drugim nie odbywała się na tle gruźliczem i zwraca uwagę, że wyrostek zębowy w chwili złamania przez działanie napiętych więzadeł pozostaje w położeniu pionowem, będąc tylko skręconym około osi, czem właśnie tłómaczy się brak objawów chorobowych ze strony rdzenia przedłużonego w wielu przypadkach. Dopiero gdy przez odpowiedni ruch głowy, n. p. schylenie odłamany wyrostek zębowy z położenia pionowego wprowadzonym zostanie w położenie skośne lub poziome, przychodzi do skutku uciśnienie, względnie zmiażdżenie rdzenia przedłużonego a w następstwie tego różne objawy chorobowe lub nawet nagła śmierć.

3) Kol. Selcer przedstawia preparat z przypadku pęknięcia prawej komory serca, wskutek spadnięcia do piwnicy.

4) Kol. Krygowski mówi *o przypadku promienicy klatki piersiowej* i przedstawia ropę i preparat drobnowidowy sporządzony przez kol. Barącza. Chory 60 l., malarz pokojowy. Choroba rozpoczęła się objawami zapalenia opłucnej przed 3 miesiącami. Obecnie wykazać można ropień na klatce piersiowej, stłumienie w szczycie i nad dolną częścią klatki piersiowej z osłabieniem przewodzenia głosu. Punkcya próbna nie wykazała żadnego wysięku w opłucnej.

Kol. Barącz sądzi, że prawdopodobnie rozchodzi się w tym przypadku o pierwotną promienicę płuc, która następnie zajęła opłucną a wreszcie klatkę piersiową. Z pracowni Birch-Hirschfelda opisano przypadek promienicy płuc, w którym znaleziono w szczycie kawałek kłosa. W danym przypadku możnaby przypuścić podobny rozwój sprawy chorobowej, która w płucach i opłucnej doprowadziła do zabliźnienia a obecnie rozwija się na klatce piersiowej.

Kol. Gluziński jest również zdania, że retrakcya szczytu płuca i zrosty opłucnowe są wynikiem tej samej sprawy chorobowej. która obecnie przeszła na klatkę piersiową.

Kol. Wehr wspomina o przypadku obserwowanym przez kol. Barącza, w którym infekcya ze szczytu płuca poszła dalej wzdłuż przełyku do śródpiersia (*mediastinum*) a następnie na klatkę piersiową.

Kol. Barącz zwraca uwagę, że w danym przypadku nie było żadnych objawów ze strony przełyku.

Na tem posiedzenie zakończono.

Sekretarz *Dr. Bory.*

VII. Posner: W sprawie doli lekarzy.

Na pogorszenie bytu lekarzy w ostatnich czasach wpłynęły:

1. Stósunki ogólne; obniżyła się wartość pieniędzy a koszta utrzymania stają się coraz wyższe, natomiast wynagradzanie usług lekarskich wcale stósownie się nie podwyższa; państwo i władze, wyznaczając niestósunkowo niskie pensye dla podwładnych sobie lekarzy, przyczyniają się tem samem pośrednio i do ogólnego obniżenia wartości funkcyj lekarskich.

2. Przepełnienie stanu lekarskiego występuje podobnie, jak i w innych zawodach; przestrzeganie przed wpisywaniem się na medycynę nie odnosi skutku a garnięcie się do stanu lekarskiego ustanie samo przez się w miarę ogólnego obniżenia się dochodów lekarzy.

3. Społeczne ustawodawstwo; w dbałości o niezamożnych potworzono towarzystwa, w których za „zniżone“ ceny mnóstwo pacyentów tłumnie oblega lekarzy, zbyt miernie za swe usługi wynagradzanych; co więcej, wyboru lekarza

zwykle nie pozostawia się do woli pacyentowi, któremu z góry poleca się udać się do pewnego lekarza, z pominięciem innych.

4) Prywatne polikliniki, w których leczy się wiele osób i to bezpłatnie; tracą przeto na materyale kliniki uniwersyteckie a pośrednio i uczniowie tych klinik, wreszcie owe polikliniki przedstawiają interes wyłącznie miejscowy dla wielkich miast z pominięciem prowincyi. Z tych przeto względów kwestyi poliklinik prywatnych wcale nie można uważać dotychczas za załatwioną.

5) Partactwo, z dawien dawna praktykowane, wprowadzając rozmaite „cudowne“ środki, skłania, zwłaszcza niewykształconych lub zabobonnych, do leczenia się na własną rękę, bez odwoływania się do porady lekarza.

6) Za daleko idące zapewnienia, obiecujące ochronę a nawet wyleczenie z cholery, gruźlicy, raka i t. p., kończące się zaś *de facto* rezultatem niepomyślnym, osłabiają tylko wiarę społeczeństwa w wiedzę lekarską i obniżają powagę stanu.

Wszystkie te zewnętrzne przyczyny występują *mutatis mutandis* i w innych wolnych zawodach, jak u budowniczych, artystów, nauczycieli prywatnych i t. d. Po za tymi wszakże należy uwzględnić i w samymże stanie, że w miejsce lekarzy w ścisłem słowa znaczeniu coraz to więcej jest badaczy, uczonych, specyalistów, kształconych pod względem raczej teoretycznym, więcej obciążonych wiadomościami książkowemi, niż obznajomionych z praktyką życiową, mających spieszyć z istotną pomocą cierpiącym. Wina w tem klinik, w których nieraz za mało jest zetknięcia się profesora z uczniami a uczniów z chorym, wina profesorów, którzy zbyt wiele od ucznia wymagają w swojej wyłącznie specyalności, bez oglądania się na inne, współrzędne przedmioty, wina wreszcie uczniów, garnących się z własną szkodą do pierwszorzędnych, wielkich zakładów naukowych a pomijających mniejsze.

Szybki rozwój rozmaitych gałęzi medycyny wymaga coraz to dłuższej pracy naukowej, służby szpitalnej, reformy studyów i t. d.; szkoła natomiast winna dać adeptowi podstawy do zoryentowania się w postępie nauk a oraz do rozwinięcia indywidualnych zdolności.

Wobec coraz to nowych badań i odkryć naukowych w zakresie etyologii i terapii chorób, poziom inteligencyi i zawodowego wykształcenia lekarzy bynajmniej nie obniża się a i stan sam wcale nie mniejsze, niż dawniej, oddaje społeczeństwu usługi; poprawy zatem doli lekarzy należy szukać w okolicznościach zewnętrznych, wszakże przy zgodnym ich, niestrudzonym a rozważnym postępie. (*Berl. klin. Wochschr. 1893. Nr. 41*).] *Dr. Leopold Kosiński.*

VIII. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Komitet polski XI. międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Rzymie, na podstawie pisma sekretarza generalnego prof. Maragliano, podaje do wiadomości Szanownych Kolegów dalszy szereg postanowień, odnoszących się do zjazdu. I tak: ostatecznym terminem do zgłaszania się z wykładami jest dzień 31. stycznia 1894 r. Zgłaszającego się z tytułem odczytu uprasza się, aby równocześnie przesłał jak najtreściwszy wyciąg wraz z wnioskami pod adresem generalnego sekretarza, prof. Maragliano w Genui. Streszczenia te, wydrukowane staraniem Komitetu, rozdane będą członkom zjazdu. Program zawierać będzie tytuły wszystkich zapowiedzianych wykładów. Koleje żelazne przyznały zniżenia ceny dla członków, ważne od 1. marca do 30. kwietnia 1894 r.

Zapowiedzenia odczytów (wraz z streszczeniem) można również przesyłać do Komitetu polskiego w Krakowie pod adresem przewodniczącego.

Przewodniczący: *N. Cybulski*, Kraków, ul. Szczepańska 11. Sekretarz: *P. Radecki.*

— Z inicyatywy Dra Zawadzińskiego, lekarza powiatowego w Wadowicach, odbył się przed kilkoma tygodniami w Oświęcimie zjazd lekarzy z powiatów Bialskiego, Chrzanowskiego, Wadowickiego i Żywieckiego, celem porozumienia się co do zawiązania Sekcyi wadowickiej Towarzystwa lekarzy galicyjskich. — Przybyli koll.: Dworzański z Kęt, Gęślak z Zebrzydowic, Goedl z Wadowic, Klein z Chrzanowa, Klein z Rajczy, Łucki z Oświęcima, Niezabitowski z Suchej, Nycz z Białej, Opydo z Wadowic, Schlank i Ślosarczyk z Oświęcima i Zawadziński z Wadowic. Po odpowiedniem uzasadnieniu wniosku przez kol. Zawadzińskiego, zgodzono się jednogłośnie na poruszoną myśl i upoważniono wnioskodawcę, aby celem ukonstytuowania się, zaprosił w jaknajkrótszym czasie wszystkich Kolegów do Wadowic.

Przy tej sposobności Dr. Łucki okazał cały szereg stopniowego rozwoju hodowli cholerycznych oraz podobnych jej drobnoustrojów na żelatynie, agarze i ziemniakach, oraz świeżo przyrządzone i barwione preparaty mikroskopowe, jakoteż ruch prątków cholerycznych w wiszącej kropli. Przedstawił również kompletny zbiór przyrządów do bakteryologii służących. — Po demonstracyi wywiązała się ożywiona dyskusya, w której brali udział prawie wszyscy Koledzy.

— Druk ginekologii Dra Bylickiego ze Lwowa, podjęty staraniem i nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie, postępuje naprzód raźno. Całe dzieło obejmować będzie około 40 arkuszy druku. Dotąd wydrukowanych jest 30 arkuszy. Dzieło to ozdobione będzie stukilkudziesięcioma rycinami i zostanie rozesłane Członkom i Prenumeratorom Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie jako bezpłatne premium za r. 1894.

— Na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego paryskiego zdał Suffier sprawę z przebiegu przypadku gruźlicy płucnej, wyleczonej przez resekcyę płuca. U pacyenta, o którego chodzi, nacięto drugie międzyżebrze i po dokładnem zbadaniu podwiązano i odcięto szczyt chorego, prawego płuca. Zbadanie anatomiczne odciętego kawałka wykazało mnóstwo gruzełków a w nich właściwe prątki. Rana operacyjna zagoiła się bardzo rychło a już 9. dnia po operacyi prawe płuco oddychało zupełnie dobrze. Stan pacyenta, który wkrótce wrócił do swej pracy zawodowej, jest obecnie, po dwóch latach od operacyi, wcale dobry: nie cierpi on ani na kaszel ani na plucie krwią, może biegać, pracować ciężko bez zadyszania się, przybrał 16 kilogramów na wadze a ruchy oddechowe klatki piersiowej są po stronie prawej równie obszerne, jak po lewej.

— W Koblencyi toczyła się walka między miejscową kasą chorych robotników a tamtejszem Towarzystwem lekarskiem. Dyrekcya kasy (a właściwie jej przewodniczący) wymagała, aby członkowie leczyli się wyłącznie u oznaczonych z góry lekarzy, Towarzystwo zaś lekarskie widziało w tem pokrzywdzenie interesu swych członków i żądało, by członkowie owej kasy mieli prawo wolnego wyboru lekarza. Gdy wszelkie pertraktacye nie doprowadziły do porozumienia się, zagrozili lekarze koblenccy wszyscy z wyjątkiem jednego, iż od 1. stycznia 1894. przestaną udzielać rady lekarskiej członkom kasy, jeżeli kasa nie zgodzi się, by jej członkowie sami sobie wybierali lekarzy. To poskutkowało. W dniu 12. listopada odbyło się walne zgromadzenie członków kasy, na którem nietylko nie wybrano dotychczasowego przewodniczącego, ale ogromną większością głosów przyznano członkom prawo swobodnego wyboru dla siebie lekarzy.

— Dr. Overlach sławi w nrze 48. *Deut. med. Wochschr.* pomyślne działanie w bólu głowy połowiczym czyli migrenie (w dawce po 1·10 grm., czemu nie po 1·00?) nowego przetworu wyrabianego w znanej fabryce dawniej Meistera, obecnie Luciusa i Brüninga w Höchst nad Menem, tak zwanej migreniny, która składa się z połączenia w pewnym stósunku (mechanicznego czy

chemicznego, rzecz jeszcze nie rozstrzygnięta) antypiryny, kwasu cytrynowego i kofeiny.

— W Akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu zaprowadzono temi czasy nowe rozporządzenie, iż wybór miejsca służbowego dla ukończonych jej wychowańców zależeć będzie teraz nie od losu, ale od klasyfikacyi postępu w naukach. Ten, który ma najlepsze cenzury, ma pierwszy prawo swobodnego wyboru między wolnemi miejscami, po nim idzie następny w cenzurach i t. d. W razie równości cenzur ma prawo pierwszeństwa ten, który w ubiegłych latach miał lepsze postępy. Ci nakoniec, którzy nie złożyli egzaminów w przepisanym terminie, zależeć będą zupełnie od dyspozycyi naczelnego zarządu wojenno-lekarskiego.

— Do rozpoznania mięsa zepsutego poleca Eber odczynnik złożony z 1 części kwasu solnego, 1 części eteru i 3 części alkoholu. Jeżeli po zbliżeniu do mięsa pręcika szklanego płynem tym zwilżonego powstanie mgła (z przyczyny wytwarzania się salmiaku), to nie ma wątpliwości, iż mięso jest zepsute i do żadnego użytku dla ludzi nieprzydatne.

— W r. 1892 umarło w gubernii woroneskiej w Rosyi 8 osób mających więcej, niż po 100 lat a mianowicie 130, 113, 110, 104, 103 lat i 3 osoby po 105 lat. Między niemi było 5 mężczyzn a 3 kobiety i z wyjątkiem jednego podoficera, zmarłego w 113. roku życia, wszystkie te osoby należały do stanu włościańskiego.

Na przewiezienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego złożyli w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* w dalszym ciągu: Dr. Adolf Wurst w Kałuszu 1 złr., Dr. A. Jaworowski w Lublinie za siebie i za towarzyszy 8 rubli, Dr. Jabłonowski w Burgas w Bułgaryi 20 franków.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6-go grudnia b. r. o godzinie 6-tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: 1) Demonstracya kol. prof. Marsa; 2) Wykład kol. prof. Jakubowskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 9. Grudnia 1893. Nr. 49.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. Leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem.

Przez
Władysława Biegańskiego,
lekarza szpitala N. P. M. w Częstochowie.

(Dok. Patrz Nr. 48.)

A teraz wypada nam pomówić słów kilka o kwestyi teoretycznej, zkąd powstaje leukocytoza w zapaleniu płuc. Kiedy Virchow przed laty obrabiał po raz pierwszy szczegółowiej kwestyę leukocytozy, głównie w celach wytłómaczenia bielicy, to kwestya ta wobec ówczesnych faktów naukowych rozstrzygała się bardzo łatwo. Leukocytoza, zdaniem Virchowa, powstaje wtedy, jeżeli narządy wytwarzające białe ciałka krwi (gruczoły chłonne, śledziona) są we wzmożonej czynności. Tym sposobem tłómaczyła się doskonale leukocytoza w bielicy (*leukaemia*), w kile (przymiocie) i kilku innych chorobach. Dla wytłómaczenia leukocytozy w zapaleniu płuc Virchow przypuszczał obrzmienie gruczołów chłonnych okołooskrzelowych i powiększenie się ich czynności. Tam więc, gdzie istnieje obrzmienie gruczołów okołooskrzelowych, występuje i leukocytoza; gdzie obrzmienia niema, niema także i leukocytozy. Teorya ta przetrwała prawie do ostatniego czasu. Dopiero, gdy w ostatnich latach zajęto się więcej badaniem krwi, przekonano się zaraz o wielu okolicznościach, zostających z tą teoryą w sprzeczności. — Dlaczego w bielicy rzekomej, pomimo rozległego obrzmienia gruczołów chłonnych, niema leukocytozy, dlaczego w durze brzusznym pomimo obrzmienia śledziony i gruczołów krezkowych leukocytoza również nie występuje; dlaczego nakoniec w gruźlicy płucnej, gdzie gruczoły okołooskrzelowe wcześnie ulegają obrzmieniu, leukocytoza wcale nie należy do zwykłych zjawisk w tej chorobie, oto wszystko okoliczności, przeczące proliferacyjnej teoryi leukocytozy Virchowa.

Należało więc stworzyć nową teoryę, któraby wszystkie okoliczności była w stanie wytłómaczyć. W myśl panujących obecnie poglądów Limbeck, na zasadzie swych badań, sprowadził leukocytozę do swoistego działania drobnoustrojów chorobotwórczych. Pewne, chorobotwórcze drobnoustroje a właściwie toksyny, substancye chemiczne, wytworzone przez te drobnoustroje mają posiadać własność przyciągania leukocytów (*chemotaxis*) i przez to powiększania ich ilości we krwi. Dla uzasadnienia tej teoryi, którą nazwać można chemotaktyczną, Limbeck przedsiębrał cały szereg doświadczeń na zwierzętach, zastrzykując im już to czyste hodowle drobnoustrojów, już to same toksyny i stale tym sposobem wytwarzał sztucznie leukocytozę. Doświadczalne badania Limbecka następnie sprawdził Löwitt [1]), który jednak wywiódł z doświadczeń tych inne wnioski. Löwitt znalazł, że po wprowadzeniu do krwi czystych hodowli lub toksyn, następuje przedewszystkiem znaczne zmniejszenie się ilości białych ciałek krwi, które dopiero potem ustępuje miejsca leukocytozie. Zmniejszenie to ilości leukocytów Löwitt przypisuje ich rozpadowi pod wpływem krążących we krwi toksyn. Ten stan zmniejszenia się ilości leukocytów przez rozpad nazywa autor *leucolysis* i tłómaczy nim powstawanie leukocytozy. Leukoliza następowa ma sprawiać powiększenie się czynności narządów, wyrabiających leukocyty i tym sposobem wywołuje leukocytozę. Zdaniem więc Löwitta leukocytozę poprzedzać zawsze musi rozpad białych ciałek krwi (*leucolysis*).

W bieżącym roku Schulz [2]) poddał krytyce doświadczalnej obie te teorye: i chemotaktyczną Limbecka i leukolityczną Löwitta i odmawia im właściwego uzasadnienia. Schulz nawet krytykuje samo pojęcie leukocytozy, jako pomnożenia ogólnej ilości białych ciałek krwi. Zdaniem tego autora jest wielce wątpliwą rzeczą, czy istnieje powiększe-

[1]) Löwitt: Studien zur Physiologie und Pathologie des Blutes und der Lymphe. 1892.

[2]) Schulz: Experimentelle Untersuchungen über das Vorkommen und diagnostische Bedeutung der Leukocythose. Deut. Arch. f. klin. Med. 1893.

nie się ogólnej ilości białych ciałek we krwi. Znajdywana w obwodowych naczyniach leukocytoza może być następstwem przeniesienia się leukocytów z żył jamy brzusznej, gdzie, jak dowiódł tenże autor, ilość leukocytów jest zawsze o wiele większa, aniżeli w naczyniach obwodowych. — W pewnych więc okolicznościach, wskutek niewiadomych przyczyn następuje uruchomienie zawartych we krwi żylnej a przylegających do ścianek żył leukocytów; dostają się one wtedy w znacznej ilości do ogólnego obiegu krwi i są przyczyną powstawania w obwodowych naczyniach leukocytozy. Takiego stanu rzeczy autor starał się dowieść doświadczalnie dla leukocytozy, występującej w czasie trawienia i przypuszcza, że taki sam stan być może i w leukocytozie patologicznej.

Takie są dotychczasowe teorye leukocytozy. Widzimy z powyższego, że zgody na tym punkcie niema żadnej, że całe tłómaczenie obraca się tutaj w sferze rozmaitych intuicyjnych hipotez. Każda jednak hipoteza, choćby najwięcej fantastyczna, będzie dobra, jeżeli jest w stanie wytłómaczyć wszystkie spostrzegane zjawiska. Otóż tego o powyższych teoryach powiedzieć nie można. Gdyby rzeczywiście leukocytoza była następstwem powiększenia się przypływu do krwi leukocytów bądź wskutek chemotaktycznego działania toksyn, bądź wskutek leukolizy, to krew w przypadkach leukocytozy zawierać powinna największą ilość komórek pierwiastkowych, limfocytów, czyli innemi słowy każda leukocytoza powinna być limfocytozą. Wiadomo bowiem, że komórki postępujące do krwi z gruczołów chłonnych i ze śledziony są to komórki jednojądrowe, t. zw. limfocyty. Limfa w przewodzie piersiowym zawiera jedynie a krew w żyle śledzionowej przeważnie limfocyty. Dopiero prawdopodobnie w samej krwi następuje przemiana jednojądrowych komórek na t. zw. przejściowe z jądrem wielopostaciowem a następnie z tych dopiero tworzą się komórki wielojądrowe. Wiele za tem przemawia, że komórki wielojądrowe następnie albo przenikają do tkanek i tam ulegają rozpadowi albo ulegają rozpadowi w samej krwi. Takim jest według obecnych poglądów ogólny bieg życia białego ciałka krwi.

Jeżeli więc następuje powiększenie się przypływu nowych ciałek do krwi, to badając krew znaleść powinniśmy przewagę po stronie limfocytów. Tym sposobem dadzą się wytłómaczyć dobrze wszystkie przypadki limfocytozy, n. p. w przymiocie, w bielicy gruczołowej i t. p. Inna rzecz z leukocytozą w zapaleniu płuc; tutaj znajdujemy olbrzymią przewagę po stronie komórek wielojądrowych. Ogólna ilość limfocytów, jak już zaznaczyliśmy, pozostaje niezmienioną, albo zmienioną niewiele; tymczasem wielojądrowe komórki znajdują się w ilości 3—4 razy większej. Przypływem więc świeżych elementów takiej leukocytozy wytłómaczyć nie możemy. Muszą tu widocznie zachodzić inne okoliczności.

Przypatrzmy się tylko w jakich okolicznościach, wskutek czego znika leukocytoza w czasie przesilenia w zapaleniu płuc. Ilość limfocytów nie ulega wtedy żadnej zmianie; giną zaś w ogromnej ilości komórki wielojądrowe. Dokładne spostrzeganie pokazuje, że komórki wielojądrowe znikają przez rozpad; powiększa się wtedy znacznie ilość ciałek rozpadowych, t. zw. płytek Bizzozera. Musi więc podczas gorączki, podczas choroby zachodzić jakaś okoliczność, która powstrzymuje prawidłowy rozpad komórek wielojądrowych. Wskutek tego ilość tych komórek we krwi zwiększa się znakomicie. Po przesileniu okoliczność ta widocznie przestaje działać i wtedy rozpad komórek wielojądrowych odbywa się gwałtownie. Okoliczności tej, stósownie do obecnych poglądów na choroby zakaźne, należy upatrywać w toksynach nagromadzających się we krwi w czasie choroby. Ztąd też leukocytozę w zapaleniu płuc należy sobie tłómaczyć w następujący sposób: Pod wpływem życia swoistych drobnoustrojów wytwarzają się toksyny, których obecność we krwi wstrzymuje rozpad komórek wielojądrowych. Komórki te nagromadzają się wskutek tego w nadmiernej ilości i wywołują właściwą leukocytozę. Po przełomie, kiedy toksyny ulegają eliminacyi, nagromadzone we krwi wielojądrowe komórki gwałtownie rozpadają się i krew wtedy zawiera mało komórek wielojądrowych, w następstwie czego limfocyty przeważają stósunkowo.

Trudniej wytłómaczyć nam na zasadzie tej teoryi ciężkie, śmiertelne przypadki zapalenia płuc, gdzie leukocytozy niema, gdzie ilość wielojądrowych komórek jest zmniejszona. Tutaj chyba należy przypuścić, że toksyn we krwi nagromadza się tak dużo, że nie tylko ograniczają rozpad komórek wielojądrowych, ale i przemianę limfocytów na komórki wielojądrowe, jednem słowem wstrzymują zupełnie bieg życia białych ciałek krwi.

Jeszcze trudniej wytłómaczyć możemy, dlaczego komórki eozynofilne znikają zupełnie ze krwi podczas przebiegu choroby a występują w powiększonej ilości po przełomie. Nie możemy dokładnie wytłómaczyć tej okoliczności, gdyż niewiele wiemy o warunkach tworzenia się komórek eozynofilnych. Klein[1]) na zasadzie pięknych i śmiałych, choć niestety hipotetycznych poglądów Neussera podaje następujące tłómaczenie tego zjawiska: Podczas gorączki w zapaleniu płuc czynność nerwu sympatycznego ulega porażeniu, po przełomie zaś następuje powrót a nawet powiększenie się tej czynności, co na zasadzie poglądów Neussera wyraża się powiększaniem wytwarzania komórek eozynofilnych w szpiku kostnym. Możebnem jest i inne jeszcze tłómaczenie, mianowicie, że tu mamy do czynienia podczas choroby z pewnem naczynioruchowem zboczeniem skóry, zmieniającem się radykalnie podczas przełomu (poty); skóra zaś, jak to wykazał Neusser, po szpiku kostnym odgrywa najważniejszą rolę w tworzeniu się komórek eozynofilnych.

Wracając jeszcze raz do teoryi leukocytozy w ogólności, musimy ostatecznie przyznać, że sprawa ta nie da się rozstrzygnąć jednostronnie. Niewątpliwie w tworzeniu się leukocytozy odgrywa rolę wiele okoliczności. Naprzód istnieje niewątpliwie leukocytoza wskutek wzmożenia się czynności krwiotwórczych narządów; leukocytoza występuje wtedy w postaci limfocytozy ze znaczną przewagą małych, jednojądrowych komórek. Takie źródło leukocytozy znajdujemy w bielicy gruczołowej i w przymiocie. Powtóre limfocytoza powstać jeszcze może i wskutek wstrzymania prawidłowej przemiany limfocytów w komórki wielojądrowe; tym sposobem nagromadza się we krwi dużo limfocytów wciąż dopływających z limfą a nie ulegających lub ulegających w zmniejszonym stósunku dalszym przeobrażeniom. Tak tylko wytłómaczyć sobie można te postacie limfocytozy, które przebiegają bez obrzmienia gruczołów i śledziony. Po trzecie leukocytoza powstać może wskutek wstrzymania rozpadu

[1]) Klein: Kilka słów o klinicznem badaniu krwi. Medycyna. 1893.

komórek wielojądrowych. Tutaj należy leukocytoza w zapaleniu płuc włóknikowem, o której bliższe szczegóły podaliśmy już powyżej. Nakoniec po czwarte leukocytoza powstać może wskutek ograniczenia rozpadu komórek wielojądrowych i równocześnie zwolnienia przeobrażenia limfocytów, jednem słowem wskutek zwolnienia biegu życia leukocytów. Komórki wtedy we krwi są w stósunku prawidłowym, ilość jednak wszystkich komórek jest powiększona.

Na tem kończę niniejszą pracę, jako przyczynek do tej niezmiernie ciekawej kwestyi patologii ludzkiej, która w obecnym czasie zajęła ogólną uwagę i obiecuje zdobycze nietylko zajmujące pod względem teoretycznym, ale i doniosłe pod względem praktycznym. Żywy impuls, jaki badaniom krwi nadali Ehrlich i Neusser, powinien i u nas zainteresować szerokie koła i pobudzać do pracy samodzielnej w tym względzie.

W końcu niech mi wolno będzie tutaj złożyć szczere podziękowanie kol. E. Kohnowi za czynną pomoc, okazaną mi w drobiazgowej pracy często powtarzanego badania krwi.

II. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał

Dr. Jan Prus we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48.)

Wobec tych różnic w zapatrywaniach się a głównie w obec coraz silniejszych głosów, uważających, że choroba Morvana jest toż samo, co syryngomyelia, czuł się Morvan zniewolonym uzupełnić niejako symptomatologię swej choroby i postarać się o podanie pewnych cech wyróżniających tę chorobę od syryngomyelii i w ogóle od innych chorób. W pracy swej (*de l'anesthésie sous les divers modes dans la paréso-analgésie. Gaz. hébdomaire de méd. et de chirurg. 1889.*) zwraca uwagę, że choroba przez niego opisana różni się od syryngomyelii odmiennem zachowaniem się czucia i różnym stopniem zboczeń odżywczych. Gdy w pierwszej chorobie w obszarze, w którym upośledzone jest czucie bólu, istnieje także upośledzenie czucia dotyku i ciepłoty (chociaż nie zawsze w jednakowej mierze) a zboczenia odżywcze (cierpienia stawów, skrzywienie stosu pacierzowego i samoistne złamania kości) dochodzą znacznego stopnia i nigdy nie brak ropni na palcach i popękań skóry, to w syryngomyelii z reguły czucie dotyku nie jest upośledzone lub przynajmniej upośledzenie dotyku nie zajmuje całego obszaru, nawiedzonego analgezyą a zboczenia odżywcze nie są tak wybitne. Następnie nadmienia Morvan, że jakkolwiek z początku znane mu były tylko przypadki z przebiegiem postępującym, to przecież później miał sposobność spostrzegania przypadków, w których objawy nie zmieniały się, lecz na jednym stopniu utrzymywały, a nawet widział takie przypadki, w których znaczna część objawów chorobowych ustąpiła a mianowicie w jednym przypadku nietylko porażenie ruchu, lecz i porażenie czucia bólu zupełnie ustąpiło a pozostały tylko zboczenia odżywcze. Również dodaje, że pierwotna nazwa choroby *paréso-analgésie* jest obecnie jego zdaniem niestósowna, gdyż w niektórych przypadkach później spostrzeganych nie było wcale porażenia ani niedowładu. Że choroba przez niego opisana różną jest od syryngomyelii, dowodzić mają tego spostrzeżenia Gombaulta, który w nerwach palca amputowanego z powodu ropni na palcach znalazł głębokie zmiany zapalne i który w jednym przypadku oględzin pośmiertnych znalazł zmiany tak w rdzeniu pacierzowym, głównie w części szyjnej, a mianowicie stwardnienie obszaru korowego ze zgrubieniami ścian naczyniowych, jak i w nerwach obwodowych a zwłaszcza w nerwach kończyn górnych. Skreśliwszy objawy kliniczne choroby, kończy Morvan swą pracę twierdzeniem, że *paresoanalgesia* w swej najprostszej formie jest tylko zboczeniem w ośrodkach odżywczych w rdzeniu pacierzowym. Jeżeli to zboczenie rozszerza się z ośrodka odżywczego na sąsiednie sznury przednie, to powstaje forma już powikłana niedowładem i zanikiem mięśniowym; jeżeli zaś rozszerza się ku sąsiednim sznurom tylnym, to powstaje forma z upośledzeniem czucia bólu i innych rodzajów czucia.

Jakkolwiek A. Joffroy i Achard (*un cas de maladie de Morvan avec autopsie. Arch. de méd. expér. et d'anat. patholog. 1890. N. 4.*) na podstawie przypadku choroby Morvana klinicznie dokładnie obserwowanego, mimo tego, że sekcya wykazała syryngomyelię, wcale nie uważają się za uprawnionych do wniosku, że choroba Morvana jest odmianą syryngomyelii, to przecież Charcot od tego czasu głównie właśnie na podstawie tego przypadku uważa chorobę Morvana za odmianę syryngomyelii a zdanie to podziela obecnie przeważna część autorów.

Atoli jeszcze większy zamęt w tej kwestyi spornej powstał w najnowszych czasach, gdy niektórzy badacze (Zambaco Pacha) poczęli wygłaszać zdanie, że przypadki choroby Morvana stanowią tylko pewną formę trądu. W obec tego zupełnie usprawiedliwionym jest dokładny opis każdego przypadku, przedstawiającego obraz choroby Morvana, gdyż tylko przez wzbogacenie literatury dokładnie postrzeganemi przypadkami tej choroby, można sporną tę kwestyę rozstrzygnąć ostatecznie. Z tych to głównie pobudek podaję opis przypadku, który miałem sposobność obserwować w ciągu bieżącego roku w lecznicy lwowskiej.

Przypadek ten tyczy się kobiety 46-letniej, izraelitki, żony handlarza ze Zborowa. Ojciec chorej umarł w 62. roku życia na chorobę piersiową, matka jej umarła w 33 r. życia z duru brzusznego. Z rodzeństwa chorej żyje brat i dwie siostry, cieszące się zupełnem zdrowiem. Chora w 13. r. życia przebyła dur brzuszny, w 15. roku pojawiła się u niej regularność, w 23. roku wyszła za mąż, ma dwie córki, z których jedna liczy obecnie lat 16 a druga 13, zupełnie zdrowe; czworo jej dzieci umarło w wieku dziecięcym. Choroba obecna rozpoczęła się przed 8 laty bez widocznej przyczyny osłabieniem kończyny górnej prawej a przede wszystkiem mięśni barkowych tak, że chora nie była w stanie podnieść do góry kończyny w stawie barkowym, zwłaszcza rano, i mocnemi, rwiącemi bólami, rozpromieniającemi się wzdłuż kości ramieniowej prawej. Nieco później dostrzegła chora obrzmienie i znaczne zaczerwienienie skóry w okolicy kostki wewnętrznej na nodze lewej, poczem wśród bólów, dreszczów, mocnej gorączki i swędzenia, które zmuszało chorą do częstego drapania w tem miejscu, powstała wielka rana, która dopiero w ciągu pół roku się zagoiła. Nim jednak rana ta się zabliźniła a prawdopodobnie już po upływie kilku tygodni, licząc od chwili powstania tej rany, utworzył się pęcherz na kostce zewnętrznej po stronie prawej, po pęknięciu którego powstała rana powierzchowna, nie tak bolesna, a następnie zaczęły się tworzyć na palcach obu rąk

ropnie najrozmaitszej wielkości, które same pękały i wydzielały dość obficie ropę żółtawo-białą. Ropnie te tworzyły się zawsze po stronie dłoniowej palców najczęściej na opuszkach, nigdy zaś nie powstały na stronie grzbietowej palców. Zazwyczaj zdarzało się tak, że opuszka palca zaczęła jednego dnia nieco boleć i twardnieć (zaczerwienienia przytem nie miała chora nigdy dostrzedz), drugiego dnia pojawił się obrzęk mięśni a trzeciego dnia zwykle już pękał ropień. Zwykle ropnie tworzyły się na każdym palcu z osobna, czasem równocześnie u obu rąk. Najczęściej zdarzały się na ręce lewej. Ropnie tworzyły się kilkoma nawrotami; czy przytem kostki wychodziły, chora nie wie. Sądziła ona, że ropnie te tworzą się albo z przyczyny jej zatrudnienia przy pieczeniu chleba albo też z powodu rozdrapywania rany na kostce wewnętrznej. Podczas tworzenia się ropni chora albo nie doznawała wcale bólu w miejscach, gdzie ropnie się tworzyły, albo też bóle były tylko nieznaczne. W zimie w ogóle miała chora mniejsze czucie w palcach, niż w lecie; w zimie też czucie było czasem zupełnie zniesione. Przez całe trwanie choroby pojawiało się w różnych odstępach czasu, najczęściej w zimie, trętwienie języka i utrudnienie jego ruchomości tak, że chora nie była w stanie mówić po kilka dni swobodnie. Nadto często cierpiała na bóle zębów raz po jednej, drugi raz po drugiej stronie twarzy; dziąsła obrzmiewały i zęby wypadały szybko! Od czasu do czasu pojawiały się newralgiczne bóle wzdłuż przedramienia (od stawu nadgarstkowego aż do stawu łokciowego); często doznawała uczucia pieczenia w rękach; woda zimna nieco łagodziła to uczucie. Również czasem pojawiały się bardzo mocne bóle w karku a podówczas widać było zesztywnienie mięśni karkowych; to znów przychodziło czasami osłabienie mięśni karkowych takie, że głowa przechylała się to na jednę to na drugą stronę, a chora w pozycyi siedzącej nie była w stanie podnieść głowy do góry (wtedy głowa spadała na piersi, dzieci zaś musiały podnosić jej głowę i utrzymywać w pewnej żądanej pozycyi.) W tym czasie spostrzegła stopniowo wzmagające się wychudnienie rąk. Przed 5 laty pojawiły się w wielkim palcu u nogi lewej bóle, które najwięcej dokuczały chorej w nocy; nie przyszło jednak nigdy do wytworzenia się ropni na palcach nóg. W tym to czasie zaczęły zmniejszać się ostatnie falangi u małego palca i 4. palca nogi lewej bez żadnych owrzodzeń. Skutkiem ciągłego powtarzania się ropni na palcach rąk, uległy palce stopniowo tak znacznemu zniekształceniu, jakie dziś się przedstawia, a chora już od lat 3 nie może zajmować się żadną pracą. Przed 2 laty spostrzegła chora stopniowo wzmagające się zesztywnienie w obu stawach łokciowych; prostowanie i zginanie w stawie były coraz boleśniejsze, a wreszcie obie kończyny górne zesztywniały w stawach łokciowych pod kątem prostym. W tymże samym czasie dostrzegła chora stopniowo postępujące utrudnienie chodu z przyczyny uczucia ciężkości w nogach i mocnego pieczenia w piętach, co najwybitniej dawało się uczuć bezpośrednio po wstaniu i przy pierwszych krokach. Chód stał się ociężałym, powłóczystym i sztywnym. W ciągu całej choroby apetyt chorej był dosyć dobry i nie ulegał znaczniejszym zmianom. Natomiast sen pozostawiał nieraz wiele do życzenia. Od czasu do czasu pojawiało się rozwolnienie, trwające niekiedy po kilka tygodni. Od kilku lat chora kaszle, zwłaszcza w zimie. Bicia serca lub duszności znaczniejszej chora nigdy nie doznawała.

Stan obecny.

Kobieta wzrostu małego (na 135 cm. wysoka), o delikatnej budowie kośćca, bardzo źle odżywiona, podściółka tłuszczowa zanikła, skóra daje się ująć w fałd, który długo się utrzymuje, mięśnie wiotkie. Barwa skóry nieco śniada. Chora, okazująca mierną inteligencyę, trzyma się nieco ku przodowi nachylona, na twarzy maluje się przygnębienie, przerażenie i usposobienie płaczliwe. Tego rodzaju wyraz twarzy zawdzięcza swe powstanie głównie bardzo licznym zmarszczkom poprzecznym na obu wargach, mocno zaciśnionych i ścieńcza-



łych tak, że czerwieni warg prawie wcale nie widać. Głos chorej czysty, mowa wyraźna. Czaszka mała, symetryczna, okrągława. Spojówki blade, źrenice dobrze oddziaływają na światło, gałki oczne w dotykaniu dosyć miękkie; ruchy gałek ocznych, bystrość wzroku, zakres pola widzenia i poczucie barw prawidłowe. Słuch, smak i węch nie okazują żadnych zboczeń. Zębów znaczny brak; pozostały tylko w dolnej szczęce oba kły i po 2 trzonowe sąsiednie, w górnej zaś szczęce są 2 zęby sieczne i 2 trzonowe. Wargi blade, mocno pomarszczone. Język w środkowej swej części pokryty warstwą zgrubiałego przybłonka, z powodu czego przedstawia na swej powierzchni górnej, jak gdyby bliznę; brzegi nieco różowe, ruchomość języka prawidłowa. Błona śluzowa gardła blada, języczek dobrze się podnosi za fonacyą. Czucie na podniebieniu, języczku, języku i w ogóle błonie śluzowej ust prawidłowe. Ruchy czynne mięśni twarzowych i wszystkie rodzaje czucia na twarzy prawidłowe. Szyja dość krótka, dołek nadobojczykowy lewy nieco zapadły. Mięśnie skórne szyi po stronie prawej rysują się wybitnie. Wszelkie ruchy głową wykonywa chora należycie i swobodnie, nie doznając przytem żadnego bólu. Za uciskiem nerwów na głowie, szyi i karku nie można nigdzie wykazać szczególniejszej bolesności. Klatka piersiowa dość wąska, symetryczna. Tor oddechowy obojczykowy. Obie strony klatki piersiowej jednakowo się poruszają przy oddychaniu. Drżenie klatki piersiowej prawidłowe. Odgłos wypukowy jawny; dolna granica płuca prawego sięga do górnego brzegu 6-żebra. Stłumienie serca rozpoczyna się na dolnym brzegu 4-żebra, wymiar poprzeczny sięga od linii sutkowej lewej

do lewego brzegu mostka. Stos pacierzowy w środkowej części piersiowej nieco wygięty ku tyłowi (lekki garb). Odgłos wypukowy jawny. Przysłuch wykazuje w dolnych częściach płuc, zwłaszcza po prawej stronie, wiele rzężeń średniobańkowych. Z przodu szmery oddechowe nieco zaostrzone. Tony serca nieczyste; nad komórką lewą i wzdłuż mostka wyraźny szmer skurczowy, przeciągły; najwyraźniejszy nad koniuszkiem serca. Ton drugi nad tętnicą płucną nieco zaostrzony. Tętno 88 na minutę, nieco arytmiczne, oddechów 28. Buczenie nad żyłami szyjnemi, zwłaszcza po prawej stronie. Wątroba rozmiarów prawidłowych, śledziona niemacalna, rozmiary żołądka prawidłowe. Macica nie przedstawia żadnych zboczeń. Mocz w ilości litra na dobę, barwy czerwono-żółtej, oddziaływa kwaśno, ciężar gatunkowy 1·032, zawiera ślad białka, nie zawiera zaś cukru; moczany i kwas moczowy w ilości zwiększonej, chlorki w prawidłowej ilości, ilość fosforanów nieco zwiększona, urochromu zwiększona, uroksantyn w prawidłowej ilości; w osadzie: liczne kryształki moczanu sodowego, nieliczne kryształki kwasu moczowego, mała ilość ciałek białych, wałeczków ziarnistych ani szklistych nie napotkano.

Kończyny górne.

Mięśnie kończyn górnych w znacznym stopniu zanikłe. Wszystkie palce u obu rąk w wysokim stopniu zniekształcone a przede wszystkiem falangi mniej więcej o połowę skrócone.

Kończyna górna prawa.

Wielki palec ma kształt stożka ściętego z przyczyny, że druga falanga jest znacznie cieńsza, niż falanga pierwsza.



Długość palca wielkiego wynosi 2 cm. (długość każdej falangi 1 cm.) Obwód pierwszej falangi 6 cm., obwód drugiej falangi 4 cm. Szerokość paznogcia 0·8 cm., długość 0·7 cm. Skóra palca wielkiego po stronie grzbietowej brunatna, okazuje dwa maleńkie rowki w odpowiednich przegubach; od strony zaś dłoni skóra jest biała, napięta, twarda, ma również dwa rowki, z których pierwszy dosyć głęboki (w przegubie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą), drugi natomiast o wiele płytszy. Bierne ruchy palca wielkiego w stawie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą możliwe we wszystkich kierunkach aż do 45°, gdy tymczasem pomiędzy falangą pierwszą a drugą ruchomości wcale nie ma. Z ruchów czynnych możliwą jest tylko addukcya i abdukcya w granicach 20°; zginanie i prostowanie oraz przeciwstawianie są całkiem niemożliwe.

Palec wskazujący jest na 2 cm. długi, licząc od fałdu skóry pomiędzy palcem wskazującym a środkowym, (pierwsza falanga 1 cm., druga falanga 0·5 cm., trzecia falanga 0·5 cm.) Odległość końca palca wskazującego od fałdu skóry pomiędzy palcem wielkim a śródręczem wynosi 5 cm. Szerokość paznogcia 0·6 cm. długość 0·2 cm. Skóra na palcu wskazującym od strony grzbietowej brunatna, twarda, napięta nie daje się ująć we fałd, z widocznemi dwoma rowkami poprzecznemi, okazuje liczne białe plamy nieregularne, głównie w okolicy stawu przy nasadzie palca i pomiędzy falangą pierwszą a drugą. Plamy te trudno uważać za blizny nietylko dla tego, że chora stanowczo przeczy, żeby przedtem były jakiekolwiek owrzodzenia lub rany w tych miejscach, lecz także i z tej przyczyny, że plamy te przy dokładnem badaniu nie robią wrażenia blizny, ale przypominają odbarwienia skóry, znane pod nazwą *vitiligo alba*. Od strony dłoni skóra również twarda, biała przedstawia trzy rowki poprzeczne odpowiadające przegubom. Ruchy bierne i w stawie u nasady palca są znacznie ograniczone, abdukcya i addukcya możliwe w zakresie 15°, zginanie i prostowanie w zakresie 10°; gdy w stawie pomiędzy falangą pierwszą a drugą zgięcie jest możliwe w bardzo małym stopniu, okazuje staw ostatni zupełną sztywność. Z ruchów czynnych widocznym jest zaledwie ślad abdukcyi i addukcyi (3°).

Palec środkowy: długość 2·8 cm. (1·4+0·9+0·5), obwód falangi pierwszej: 6·3 cm., drugiej 5 cm, trzeciej 3·5 cm. Szerokość paznogcia 0·6, długość 0·3. Skóra po stronie grzbietowej brunatnawa, na drugiej falandze cokolwiek odbarwiona, okazuje wybitny rowek poprzeczny w okolicy stawu pomiędzy falangą pierwszą a drugą i dwa nieznaczne rowki. Od strony dłoni skóra jest napięta i wystaje pomiędzy trzema rowkami przegubowemi poduszkowato. Ruchy bierne i czynne zachowują się podobnie, jak na palcu wskazującym.

Palec czwarty: długość 2·6 cm. (1+0·8+0·8), obwód falangi pierwszej 6 cm., drugiej 4·8 cm., trzeciej 3·7 cm., szerokość paznogcia 0·9 cm., długość 0·5 cm. Po stronie grzbietowej na drugiej falandze znajduje się nieregularna plama biała. Rowki odpowiadające przegubom dosyć wybitne, skóra pomiędzy rowkami wystaje poduszkowato. Ruchy w stawach możliwe w zakresie nie wiele różniącym się od poprzednich.

Palec mały: długość 1·8 cm. (0·4+0·8+0·6), obwód falangi pierwszej 4·2 cm., drugiej 3·8 cm., trzeciej 3 cm., szerokość paznogcia 0·5 cm., długość 0·1 cm. Po stronie grzbietowej widoczny tylko jeden rowek poprzeczny, odpowiadający przegubowi pomiędzy falangą pierwszą a drugą, od strony zaś dłoni wyraźne są trzy rowki. Ruchy bierne możliwe w nieco większym zakresie niż u innych palców; mimo tego może chora wykonać tylko abdukcyę i addukcyę w zakresie 3°.

Kości śródręcza przy połączeniu z falangami nieco zgrubiałe. Długość śródręcza 5 cm., obwód śródręcza 15 cm., szerokość dłoni 6·5 cm. Skóra na grzbiecie ręki cienka, napięta, obrzękła, ciastowata (za uciskiem powstaje wyraźny dołek, długo się utrzymujący). Na skórze w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a pierwszą falangą palca wskazującego, znajdują się trzy plamki białe, gwiazdkowate, przylegające do plamki znajdującej się na falandze pierwszej palca wskazującego a poprzednio już wspomnianej. Wzdłuż ścięgna wyprężającego palec środkowy widoczną jest plama biała, smugowata, łącząca się z większą plamą w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a pierwszą falangą palca środkowego.

Nie tak wybitne są drobne plamki na grzbiecie ręki wzdłuż ścięgna wyprężającego palec czwarty i w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą palca małego. Skóra na dłoni wzniesiona poduszkowato, cienka, delikatna, pulchna. *Thenar, hypothenar* wyraźnie się odznaczają.

Kości wchodzące w skład stawu nadgarstkowego zgrubiałe, obwód stawu 14 cm. Ruchy bierne w stawie nadgarstkowym: odwiedzenie ręki ku stronie palca małego możliwe aż do 10°, ku stronie palca wielkiego aż do 5°, zgięcie ku stronie dłoni możliwe do 10°, ku stronie grzbietowej wcale niemożliwe. Ruchy czynne: zgięcie ku stronie dłoni możliwe do 3° a odwiedzenie ku stronie palca małego do 5°.

Przedramię: długość 22 cm., obwód nieco powyżej stawu nadgarstkowego 1·5 cm., w bliskości stawu łokciowego 15 cm. Przedramię bardzo wychudłe, skóra mocno napięta, twarda, lśniąca, w bliskości stawu łokciowego zgrubiała. W stawie łokciowym zesztywnienie pod kątem prostym.

Staw łokciowy w okolicy główki kości sprychowej i w okolicy obu kłykci obrzmiały. Rowek, w którym przebiega nerw łokciowy, trudny do wymacania. Skóra lśniąca, pod uciskiem powstaje dołek, krótko trwający. Ruchy czynne i bierne możliwe w jednakowych zakresach a mianowicie: zgięcie w stawie łokciowym możliwe do 15°, pronacya i supinacya bardzo ograniczona (do 45°), t. j. z położenia, w którem płaszczyzna dłoni równoległa jest do płaszczyzny połowiącej ciało na dwie symetryczne części (przyczem wielki palec zwrócony jest ku górze), obrócić można rękę tak, że grzbiet ręki tworzy kąt 45° z poziomem (a palec wielki zwrócony jest ku wewnątrz). Przy tych ruchach obrotowych można wyczuć wyraźne chrupotanie około główki kości sprychowej.

Ramię wychudłe, długość 28 cm., obwód (w połowie długości ramienia) 15 cm. Ruchy bierne jakoteż czynne w stawie barkowym znacznie ograniczone. Abdukcya możliwa do 45°, ruch ku przodowi do 45°, w tył do 30°.

Aby choć w przybliżeniu uwidocznić, o ile używanie kończyny górnej prawej jest możliwe, wspomnę tylko, że chora z największym wysiłkiem dosięgnąć, może dłonią czoła, wielkim palcem ręki prawej dotknąć się może skroni prawej (ucha nie może dosięgnąć), końce palców położyć może na boku lewym, dłoń przesunąć może wzdłuż tułowia po stronie lewej aż do wyrostka przedniego górnego kości miednicowej; grzbietem ręki dotknąć się może okolicy kości krzyżowej; palcami nic nie jest w stanie uchwycić, sama nie jest w stanie się ubrać, ani rozebrać, przy ubieraniu może sobie tylko w ten sposób pomagać, że suknie przyciska do ciała dłonią lub przedramieniem i t. p.

Odruchy ścięgniste: w mięśniach ramieniowych, trójgłowym i dwugłowym i w zginaczach ręki bardzo słabe.

Pobudliwość mechaniczna mięśni wyprężaczy palców prawie zupełnie zniesiona; natomiast w mięśniach zginających palce i w mięśniach ramieniowych wyraźnie podwyższona.

Odruchy skórne znacznie przytępione. Po mocnem natarciu skóry pojawiają się późno nieznaczne pręgi czerwone, które dość szybko znikają.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Anatomija.

Abeles: Przypadek obojnactwa.

Autorowi przyniesiono dwudniowe dziecię dobrze zbudowane, aby oznaczył jego płeć. Narządy płciowe dziecka tego przedstawiały się tak: Między dwoma mięsistymi fałdami, kształtem przypominającymi wargi sromne większe znajdowało się ciało podobne do prącia. Ciało to okazuje niezwykłe wczesnemu wiekowi dziecięcia rozmiary i jest nieco ku dołowi pochylone; na dolnej jego powierzchni przebiega w linii środkowej rowek około 2 cm. długości mający, gubiący się tylnym końcem w cewce moczowej. Poniżej ujścia zewnętrznego cewki znajduje się zagłębienie płytkie, skórą wysłane. Nigdzie nie ma wejścia do pochwy. Jąder nie można wymacać, ani we fałdach skórnych, ani w przewodzie pachwinowym, ani również w międzykroczu. Rzyć prawidłowo wykształcona.

Rodzice dziecka w sile wieku, zdrowi; dziecię urodziło się w właściwym czasie i prawidłowo. Pierwsze dziecię tychże rodziców było również obojnakiem.

W przypadku powyższym można było przyjąć płeć żeńską, uważając fałdy za wargi sromne, ciało z pomiędzy nich sterczące za łechtaczkę, zagłębienie pod cewką moczową za pochwę niedokształconą (*atresia vaginae*); z drugiej znów strony można się było oświadczyć za płcią męską, uważając fałdy za rozdzielone moszna i przyjmując *hypospadiasis* i *cryptorchismus*. Uwzględniwszy brak fałdów u dziecka, któreby odpowiadały wargom sromnym mniejszym i brak choćby najmniejszego otworu w zagłębieniu pod cewką, jako wejścia do pochwy, przyjął A. płeć męską za właściwą. Prócz tego wiadomo, że w podobnych przypadkach wrzekomego obojnactwa zwykłym jest w męskiej płci *cryptorchismus abdominalis*. (*Aerztl. Central. Anzeig. Nr. 23. 1892.*)

Dr. Wachholz.

Choroby wewnętrzne.

Wassermann: Rozróżnienie cierpień zapalnych płuc.

Gdy ostre zapalenie włóknikowe (krupowe) płuc wszyscy bez wyjątku autorowie od dawna uznali jako postać chorobową ściśle odgraniczoną, to pod względem podziału i klasyfikacyi t. zw. zapalenia płuc nieżytowego czyli zrazikowego jest jeszcze zamęt. Jedni podział swój opierają na objawach klinicznych różnych postaci zapalenia, inni kładą główną wagę na przyczynę choroby a więc grupują się wedle jej etyologii, przyczem po największej części uważają tę formę zapalenia płuc jako chorobę drugorzędną.

Autor przypisuje największe znaczenie badaniu czynników wywołujących zapalenie płuc i na podstawie badań w zakładzie chorób zakaźnych Kocha w Berlinie opisuje dwie postacie zapalenia płuc zrazikowego: jednę wywołaną przez koki łańcuszkowe (*streptococcus*), drugą przez prątki influency Pfeiffera.

Objawy zapalenia płuc powstałego skutkiem działania streptokoków są zupełnie podobne do tych, które występują w przebiegu gruźlicy płuc przyostrej lub przewlekłej. To też chorych, których opis choroby W. podaje, posyłano po większej części do zakładu z rozpoznaniem gruźlicy płuc. Brak prątków gruźliczych w plwocinach, nawet czysto ropnych a, co według W. najważniejsza, brak wszelkiej reakcyi na tuberkulinę w wielkich dawkach wykluczały u chorych tych przypuszczenie gruźlicy. W przypadkach tych znachodził autor w plwocinie długie koki łańcuszkowe (*streptococcus longus*) tworzące na agarze drobno ziarniste, brunatnawe hodowle, w bulionie zaś, a lepiej jeszcze w bulionie z dodatkiem 1% cukru gronowego, wytwarzające po upływie 24 godzin osad kłaczkowaty, gdy reszta płynu pozostaje czystą. Jadowitość hodowli dla zwierząt była różna. Króliki ginęły po zastrzyknięciu 0·2 cm. sz. hodowli bulionowej w przeciągu 3—4 dni i można było w tych przypadkach we krwi i narządach wykazać obecność streptokoków. Stałego związku pomiędzy ciężkością przypadku a siłą za-

bójczą streptokoków z niego uzyskanych W. nie mógł wykryć. **Rokowanie** jest w chorobie tej pomyślne, jakkolwiek do zupełnego wyzdrowienia potrzeba dosyć długiego czasu, czasem kilku miesięcy. Jako powikłanie widział autor raz ropne zapalenie ucha środkowego (*otitis media purulenta*) przyczem w wydzielinie otrzymanej znaleziono takie same same streptokoki, jakie były w plwocinach. **Leczenie** zdążało do zniszczenia i wydalenia streptokoków i polegało na używaniu wziewań z olejków eterycznych lub zgęszczonego roztworu kamfory w eterze.

Odkrycie prątków influency przez Pfeiffera nie uzyskało zdaniem W. należnego uznania innych autorów. A przecież — tak w dalszym ciągu wywodzi W. — badania w ciągu dwóch lat w zakładzie Kocha na setkach przypadków chorobowych ustaliło znaczenie etyologiczne tych mikrobów i podało środek pewny a łatwy do rozpoznania influency i odróżnienia jej od innych chorób dróg oddechowych z podobnym do niej przebiegiem. Zapalente płuc występujące tak bardzo często podczas epidemii influency uważali jedni za powikłanie powstałe z przygotowania przez jad influency gruntu korzystnego dla rozwoju zapalenia płuc, inni za następstwo równoczesnej epidemii zapalenia płuc, a tylko nieliczne głosy odzywały się za przypuszczeniem, że zapalenie płuc należy w tych przypadkach do samej sprawy chorobowej, że jest więc wytworem mikrobów wywołujących influencę. Autor przychyla się stanowczo do zdania tych ostatnich a opiera się na wynikach badania bakteryologicznego plwocin osób dotkniętych zapaleniem płuc w przebiegu influency. W plwocinach tych nie znajdywał ani pneumokoków ani streptokoków; natomiast tworzyły one niejako czystą hodowlę prątków influency. Zapalenie płuc jest więc w tych przypadkach objawem rozszerzenia się sprawy chorobowej z oskrzeli na pęcherzyki płucne i nie ma nic wspólnego z żadną inną postacią zapalenia płuc. Przebieg tego zapalenia jest też zupełnie odmienny od przebiegu zapalenia płuc wywołanego przez *diplobacillus* Fraenkla.

Wywody swoje popiera Wassermann przytoczeniem kilku ciekawych opisów choroby. (*Deutsche med. Wochenschrift 1893. Nr. 48*).

Gerhard: **O fizycznem rozpoznawaniu kolki żółciowej.**

Napad kolki żółciowej wywołany ugrzęźnięciem kamienia w wspólnym przewodzie rozpoczyna się zazwyczaj w 4 do 5 godzin po obiedzie, to znaczy po dostaniu się treści żołądka do jelit w czasie odruchowego wypływawania żółci z pęcherzyka żółciowego. Stósownie do położenia i wielkości pęcherzyka, można go wcześniej lub później albo nie można go wcale wybadać poniżej dolnego brzegu wątroby. Początek napadu kolki może trwać blisko 2 godziny bez bolu, gdy pęcherzyk żółciowy jest już znacznie powiększony, i można u ludzi cierpiących na kamicę żółciową, opierając się na powiększeniu pęcherzyka, przepowiedzieć napad kolki, Gdy kamień przejdzie do jelita, obrzęk szybko znika, przyczem nieraz wyczuć można drobne trzeszczenie. W rzadkich przypadkach występuje w początku napadu w okolicy pęcherzyka żółciowego szmer naczyniowy rozkurczowy, który po napadzie znika. Po mocnym, dłużej trwającym napadzie pozostaje nad pęcherzykiem żółciowym podczas oddechu tarcie, które można wyczuć ręką a lepiej jeszcze słyszeć stetoskopem. To miejscowe zapalenie otrzewnej tłomaczy, dlaczego po ustaniu ciężkiego napadu bóle nie znikają odrazu. Przeciw temu bólowi otrzewnowemu lepsze usługi oddaje worek lodowy, niż okłady ciepłe tak skuteczne w samym napadzie. W czasie napadów dłużej trwających obrzmiewa także wątroba. Najważniejszy objaw kamicy żółciowej, tj. obrzmiewanie pęcherzyka żółciowego, przychodzi do skutku także z powodu innego rodzaju zatkania przewodu np. przez glisty lub wypocinę zapalną i t. p. Natomiast nie występuje ono nigdy w kardyalgii i w kolkach wątrobowych przyrody czysto nerwowej w przebiegu wiądu rdzenia, histeryi, rozsianego stwardnienia (*sclerosis multiplex*) choćby im towarzyszyła żółtaczka.

Jeżeli po kilku napadach kolki nie znajduje się kamieni w stolcach, tarcia w okolicy pęcherzyka nie ma a pęcherzyk nawet nie powiększa się w czasie napadu, można z dostateczną pewnością wykluczyć kamicę żółciową i z wielkiem podobieństwem do prawdy przypuścić nerwową kolkę wątrobową. (*Deutsche medic. Wochenschrift. 1893. Nr. 40*). *Beck.*

Choroby dzieci.

Baumgarten: **Intubacya O'Dwyera w zwężeniach przewlekłych krtani i tchawicy.**

Obie dawniej używane metody Schröttera w przewlekłych zwężeniach krtani zastępuje intubacya, gdyż rozszerzając miejsce zwężone, robi wolny dostęp powietrzu. Autor opisuje przypadek: *Laryngitis hypertrophica subglottica chronica* u chłopca 12-letniego, leczonego bez skutku kateterami Schröttera. Z powodu coraz większych objawów zwężenia krtani, robił autor na polecenie prof. Bókaya intubacyę. Po założeniu leżał tubus 66 godzin w krtani, następnie zakładał tubus codziennie na 5 godzin, poczem coraz rzadziej, 3—1 razu tygodniowo i to coraz grubszy, przez 6 miesięcy. Ponieważ mimo to granulacye nie znikły zupełnie, przeto przez 2 miesiące przyżegał kamieniem piekielnym po dwa razy tygodniowo i zaraz po tem zakładał tubus; następnie przez 3 miesiące raz tygodniowo intubował. Po tem leczeniu 11-miesięcznem w obrazie laryngoskopijnym przedstawiały się te granulacye jako punkty.

Przypadek drugi, opisany przez autora, tyczył się chłopca 14-letniego z rozpoznaniem przewlekłego zwężenia kiłowego tchawicy. Objawy duszności znaczne, w okolicy drugiej chrząstki pierścieniowej znaczne zwężenie. Autor robił intubacyę z początku codzień, później coraz rzadziej przez 3 miesiące; zwężenie ustąpiło zupełnie. *(Archiv für Kinderheilk. XV. Bd. V. i VI. H. 1893*).

Dr. Komorowski.

Przegląd terapeutyczny.

— Przeciw bólom i dolegliwościom z utrudnienia miesiączkowania zaleca Dr. Mattison konopie indyjskie w postaci czopków do pochwy i daje w tym celu do czopka po 0·05 *exti cannabis indicae* z równą ilości *exti belladonnae.* Czopki te okazały się także skuteczne przeciw bólom z przyczyny raka macicy. (*Birm. med. Journ. 1893*).

— W uwięźnieniu przepukliny radzi Gussenbauer parować eter na powierzchni obrzmienia, dając go naraz po jednej do dwóch łyżek stołowych, przyczem chory oczywiście leży na grzbiecie a uda ma zgięte ku miednicy. Eteru nalewa się co 10 lub 15 minut, dopóki obrzmienie nie zaczyna zmniejszać się, co następuje zwykle po 3 kwadransach do 3 godzin. Wtedy usiłuje się łagodnie odprowadzić przepuklinę, co się ma bardzo często udawać.

— Na posiedzeniu towarzystwa terapeutycznego paryskiego zdawał Cornet sprawę z doświadczeń swych wraz z Drem Bournevillem przeprowadzonych w szpitalu Bicêtre nad działaniem soku jądrowego na padaczkę.

Wstrzykiwano płyn przerzeczony w okolicę pośladków za pomocą strzykawki Strausa.

Były trzy szeregi doświadczeń, każdy na 10 dzieciach. W dwóch pierwszych używano wyciągu jądrowego byczego w stósunku 5% i 10%. Objętość płynu podwajano wodą wyjałowioną a wstrzykiwania te stopniowano co do mocy i ilości. W trzecim szeregu doświadczeń używano wyciągu z jąder baranich.

Po wyłączeniu dwóch było w leczeniu 28 chorych na padaczkę; z nich u 20 były napady po wstrzykiwaniach częstsze a u 8 rzadsze. Stan umysłowy chorych pod wpływem tych wstrzykiwań nie tylko się nie poprawiał, ale nawet pogarszał.

Wstrzykiwania te nawet nie zapobiegły powikłaniom; jedno z dzieci umarło podczas napadu a drugie bardzo wynędzniale zginęło skutkiem nawału do krwi do płuc.

W dyskusyi nad tem zdaniem sprawy zwrócił uwagę Paul, że Babès leczył dorosłych epileptyków płynem przyrządzonym z mózgu baraniego w ten sam sposób, jak go

sporządza się do leczenia wścieklizny i że u chorych, którzy miewali napady bardzo częste, bo codzienne, otrzymywał bardzo rychłe polepszenie. W tych badaniach terapeutycznych nie można i o tem zapominać, że napady padaczki pochodzić mogą z bardzo rozmaitych przyczyn zacząwszy od czerwiów w jelitach a kończąc na guzach w mózgu. — Paul sam doświadczał wyciągu ze substancyi nerwowej, lecz nie może pochwalić się żadnym wybitnym skutkiem. (*La médecine moderne. 25. listopada. 1893*).

Notatki terapeutyczne.

Na piegi (*ephelides*) zaleca prof. Neumann w Wiedniu używanie przez 8 dni z rzędu maści:

145) Rp. *Praecipitati albi*
Magisterii bismuthi *āā 1·70*
Cetacei
Cerae albae *āā 7·00*
Olei amygdalarum *14·00*
M. f. ungtum.
DS. Wieczorem wcierać.
(*Allg. Wiener med. Ztg. 1893*).

Vidal w Paryżu radzi przeciw brodawkom skórnym pomazywanie codzienne płynem:

146) Rp. *Acidi salicylici 1·00*
Alcoholi 1·00
Aetheris sulfurici 1·50
Collodii 5·00

Palm zaś uważa, że najlepiej tuszować je kwasem trójchlorooctowym, rozpuszczonym w małej ilości wyskoku. (*La médecine moderne. 29. listopada. 1893*).

W gruźlicy krtani radzi Cozzolino rozpylanie płynu:

147) Rp. *Mentholi 0·50—0·80*
Balsami peruviani 5·00—10·00
Spir. vini rectificati 10·00—15·00
Aquae destil. 300·00

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 18. października 1893.

Prezes kol. Łazarski. — Obecnych członków 25.

I) Kol. Prezes przedstawia nadesłany *Pamiętnik oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie, wydany z powodu otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego*, poczem wręcza go kol. bibliotekarzowi do przechowania.

II) Kol. Prezes wspomina, że już w niedługim czasie odbędzie się posiedzenie administracyjne, ztąd też jest już czas do wniesienia, jeżeli je kto ma, projektów zmian w statucie.

III) Kol. Prezes odczytuje odezwę Dra Rolanda, wzywającą do uczczenia zasług śp. Dra Wóycikowskiego, który wykonał pierwszy we Francyi owaryotomię. Kol. Prezes sądzi, że należy wziąć liczny udział w tem uczczeniu i wzywa do składek.

Kol. Kwaśnicki sądzi, że najlepszą rzeczą będzie, jeżeli *Przegląd lek.* zajmie się całą akcyą, kiedy już poprzednio ogłosił, że przyjmuje składki.

Kol. Mars objaśnia, że Redakcya *Przeglądu lek.* w przypisku niewyraźnie zredagowała to wezwanie do składek; wnosi, aby kol. Prezes osobiście porozumiał się z kol. Redaktorem i aby ponownie zaproszono Kolegów w *Przegl. lek.* do składek.

Kol. Pieniążek proponuje, aby także Prezes sam, nie pomijając wezwania w *Przeglądzie lek.*, zajął się składką i to już na posiedzeniu.

Kol. Mars zgadza się z kol. Pieniążkiem, ale przy swoim wniosku obstaje, bo chodzi i o Kolegów z prowincyi.

Wnioski koll. Marsa i Pieniążka przyjęto.

IV) Kol. Gluziński interpeluje kol. Prezesa, jak ma się rzecz z wydaniem słownika lekarskiego polskiego, które postanowiono na ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie.

Kol. Prezes wyjaśnia, że materyały po części przygotowano i przysłano; jak zaś daleko Komisya słownikowa postąpiła z tą pracą, na razie odpowiedzieć nie może.

Kol. Kwaśnicki wnosi, by kol. Prezes porozumiawszy się z Komisyą słownikową, dał na najbliższem posiedzeniu wyczerpującą odpowiedź.

Wniosek ten jednomyślnie jako uchwałę przyjęto.

Resztę posiedzenia poświęcono sprawom administracyjnym.

Sekretarz *Dr. Olszewski.*

Posiedzenie z dnia 8. listopada 1893 r.

Wiceprezes kol. Trzebicky. — Obecnych członków 29.

I) Kol. Wiceprezes wyjaśnia, że stósownie do życzenia Kolegów zgromadzonych na poprzedniem posiedzeniu, zapytał się przewodniczącego Komisyi słownikowej, jak się ma rzecz z tem wydawnictwem? — Otóż Komisya słownikowa gromadzi i zbiera materyał a zarazem oznajmiła, że będzie się starać wedle możności ukończyc swoje zadanie przed zjazdem przyszłorocznym.

II) Kol. Wiceprezes imieniem Komitetu proponuje na członka czynnego Tow. lek. krak. Dra Brudzewskiego.

Po głosowaniu i obliczeniu głosów przez koll. skrutatorów, ogłosił kol. Wiceprezes, że Dr. Brudzewski wybrany jednomyślnie członkiem Towarzystwa.

III) Kol. Pieniążek ma zapowiedziany wykład: *O zwężeniach krtani wywołanych przez zapalenie ochrzęstnej.* Kol. Prelegent zastanawia się nad obrazami laryngoskopijnemi, jakie spotyka się w zapaleniu ochrzęstnej (*perichondritis*), zależnemi od zajęcia chrząstki nalewkowej, obrączkowej lub tarczykowej, i wykazuje, o ile zmiany tu powstałe mogą wywołać zwężenie a tem samem dać powód do tracheotomii. Pod względem pozostałego po zapaleniu zwężenia, odróżnia kol. Prelegent zwężenia wywołane przez przerost (*hyperplasia*) błony śluzowej pod głośnią, jaki się wytwarza przy długiem trwaniu zapalenia, przyczem ruchomość może utrzymać się po obu lub po jednej stronie. Wtedy pomaga systematyczne rozszerzanie czopkami Schrötterowskiemi, ale tylko wtenczas, gdy tkanka przerosła jest zbita i twarda. Natomiast laryngofisura połączona z wycięciem przerosłych części ma zwykle skutek pomyślny tak, że później można usunąć kaniulę.

Gorzej jest, jeżeli obie chrząstki nalewkowe wraz ze strunami głosowemi są nieruchome. W tym razie próbował kol. P. wycięcia obok tkanki przerosłej także jednej struny głosowej.

W jednym przypadku usunął w ten sposób kaniulę; szpara jednak, którą uzyskał, była węższa, niż się spodziewał. W drugim przypadku wyjął kol. P. kaniulę, lecz musiał ją w kilka tygodni założyć na nowo. W trzecim przypadku nie można było całkiem wyjąć kaniuli. W tym więc wykonał kol. Prelegent jeszcze raz laryngofisurę z wycięciem części miękkich, o ile tylko dało się, najgłębszych. Drugą strunę głosową chciał kol. Prelegent zachować ze względu na głos. Gdy i ten zabieg okazał się niedostatecznym, wycięto strunę głosową i po drugiej stronie (poświęcając już głos) i teraz dopiero można było usunąć choremu kaniulę. Chory jednak za pomocą samych więzadeł fałszywych mógł i tak dość głośno mówić.

Jeszcze gorszym jest ten stan, w którym obok nieruchomości obu strun głosowych, tkanka wytworzona pod głośnią jest zbita i modzelowata, zwłaszcza jeżeli wytworzyła się nie tylko na ścianach bocznych, ale i na przedniej ścianie. W takim razie łatwo ona po wycięciu powraca, wytwarzając ponad kaniulą następowe bliznowate zwężenie. Zapobiegać temu można przez rozszerzanie sposobem Schrötterowskim po wykonaniu laryngofisury, co jednak wymaga dużo czasu i cierpliwości, tak ze strony chorego, jak i lekarza.

Za bardzo uporczywą formę zwężenia po zapaleniu ochrzęstnej uważa kol. P. tę, w której zapadły się chrząstki. W takich razach spodziewa się w niektórych przypadkach korzystnego

skutku po wycięciu klina w tylnej płycie chrząstki obrączkowej, jak to już raz kol. Rydygier wykonał w bliznowatem zwężeniu u jego chorego.

W ten sposób można rozszerzyć przestwór w krtani, zwłaszcza w miejscu jej zajęcia nad kaniulą, nie naruszając tęgości szkieletu chrząstkowego.

W dyskusyi kol. Mars zapytuje się kol. Prelegenta, dlaczego nie robi się w takich rozpaczliwych przypadkach resekcyi krtani? Kol. Obaliński: dlaczego kol. Pieniążek rezygnuje z głosu u swych chorych, u których wyciął więzadło, kiedy gdy się nawet całą krtań wytnie, jak to sam operował, głos może się utrzymać.

Kol. Prelegent w odpowiedzi kol. Marsowi oświadcza, że już myślał wykonywać w podobnych przypadkach połowiczą resekcyę krtani; kol. Obalińskiemu zaś, że zupełnie czystego głosu niema wówczas; nieraz jednak wycina się drugie więzadło, aby tylko zyskać szeroką szparę a przez to, o ile można, poprawić głos.

IV) Kol. Rościszewski przedstawił dwa przyrządy własnego pomysłu, służące do leczenia skrzywień kręgosłupa. Wadą wszystkich dotychczasowych przyrządów według zdania kol. Prelegenta jest: po pierwsze użycie niewłaściwego do nich materyału, t. j. płótna lub skóry, które z początku uciskają mocno, potem się poddają i przestają działać; po drugie, przyrządy te zwykle się odznaczają na pacyentkach przez suknie, wskutek czego natrafia się na opór w ich użyciu, zwłaszcza u pacyentek młodych.

Otóż przyrządy przedstawione przez kol. R. różnią się tem od innych, że pasy ciągnące zrobione są z gumy, przez co otrzymuje się działanie ciągłe, elastyczne, więc silne a dla pacyentek nie uciążliwe. Nadto zrobione są w ten sposób, że ich pod zwykłym stanikiem nic nie widać, wskutek czego pacyentki zgadzają się na nie chętnie. Sekretarz *Dr. Olszewski.*

V. W jaki sposób należy uczyć się chemii lekarskiej?

Napisał

Dr. med. Eugeniusz Kozierowski,

asystent katedry chemii w Uniw. lwowskim.

Odpowiedź na powyższe pytanie uważam za rzecz wielkiej wagi dla uczących się w obec tego, że coraz częściej zdarza się widzieć lekarzy lub medyków zabłąkanych w laboratoryach chemiczno-lekarskich i błąkających się tam bez podstaw naukowych, bez rutyny w procedurach chemicznych i bez wiadomości, w jaki sposób do pracy i do jakiej pracy naprzód zabrać się należy. Chęć zaś i uczucie potrzeby obeznania się z chemią lekarską przypisać trzeba kierunkowi, jaki przedstawiają w ostatnich czasach nauki lekarskie w ogólności a medycyna wewnętrzna i higiena w szczególności. Powołały one na swe usługi chemią, bakteryologię i farmakologię jako nauki pomocnicze. I w istocie postawiły one medycynę wspólnie z metodami fizycznego badania i obserwacyi czysto klinicznej na tak wysokim stopniu, na jakim znajdują się obecnie, i nadal wspierać ją i rozwijać będą. To też medycyna zżyła się z temi naukami do tego stopnia, że obecnie, niektóre zwłaszcza jej działy bez nich istniećby nie mogły. Ten nowy kierunek medycyny uwidocznia się najlepiej w pracach wydawanych ostatnimi czasami. Gdy dawniej prace lekarskie uwzględniały w pierwszym rzędzie kazuistykę, rzadsze objawy chorobowe i ich przebieg, to dziś na pierwszy plan wychodzą prace z dziedziny chemii i bakteryologii lekarskiej. Jest w tem dużo słuszności; badania bowiem w tym względzie dają jedyny często sposób rozpoznania choroby, uzasadniają leczenie i wskazują profilaksę.

Z tych nauk pomocniczych nie poślednie miejsce przypada chemii lekarskiej a potrzebę tego przedmiotu oceniono w niektórych państwach do tego stopnia, że wliczono go w poczet przedmiotów obowiązkowych, równorzędnych z innymi. U nas wprawdzie takiej ustawy nie ma; pomimo to jednak coraz więcej lekarzy dobrowolnie pragnie się z nim zaznajomić; co więcej, kliniki lekarskie i szpitale tworzą własne pracownie chemiczne i nadają im samodzielnych kierowników, w nowszych podręcznikach metod fizycznego badania całe rozdziały poświęcają się chemii lekarskiej, higiena dzisiejsza stoi z chemią w najściślejszym związku, wreszcie w ostatnich czasach pojawiły się podręczniki chemii ścisłej wyłącznie dla lekarzy napisane i przeznaczone.

Z objawami tymi liczyć się należy; dziwić się więc nie można, że lekarze i medycy szukają sposobności do pracy w chemii lekarskiej i coraz chętniej, zwłaszcza za granicą zajmują się tym przedmiotem.

Owoce jednak tej pracy są często bardzo małe i nie zostają w proporcyi do trudów i zabiegu. Przyczyną tego jest do pewnego stopnia obszerność samego przedmiotu, głównie zaś brak podstaw naukowych potrzebnych do tej pracy, brak planu i systemu. Żałować należy tych, którzy, postanowiwszy sobie p o d u c z y ć s i ę t r o c h ę chemii lekarskiej, przychodzą do pracowni i zabierają się odrazu n. p. do ilościowego oznaczenia kwasu solnego w przebiegu trawienia żołądkowego, do otrzymania leucyny lub tyrozyny, do badań nad białkiem i przetworami jego trawienia i do innych, tym podobnych prac wymagających wielkiego przygotowania się teoretycznego i praktycznego. Następstwem takiej pracy bywa albo zniechęcenie się w krótkim czasie do przedmiotu albo też zaznajomienie się z nim powierzchowne, bez zrozumienia go, bez pojęcia celu badań, ich przyczyn, przebiegu i ocenienia wyników. Często też porzuca taki adept nauki myśl poduczenia się chemii lekarskiej lub pracując dalej pracuje nieracyonalnie, używa wyrazów jak n. p. tetrapapier, kwas amido-etyleno-sulfonowy i t. p., nie rozumiejąc ich znaczenia i pochodzenia.

Natura przedmiotu bezwarunkowo nie pozwala na traktowanie go powierzchowne i na wyrywki. Już prędzej możnaby n. p. w medycynie wewnętrznej pracować w dziale chorób nerwowych nie znając chorób płucnych, lub w chirurgii wykonać resekcyę kolana nie znając trepanacyi czaszki; w chemii jednak bezwarunkowo nie można pracować korzystnie w jednym dziale, nad jednem ciałem, nad jednem miareczkowaniem, nie znając działów innych, setek ciał innych i ich własności, nie znając jednem słowem systematyki całej chemii, podstaw jej teoretycznych i praktycznych. Jeszcze może w wyższym stopniu tyczy się to pracy w chemii lekarskiej, która zajmuje się przeważnie ciałami najmniej dotychczas poznanemi, o składzie i budowie najzawilszej. Pracę utrudnia i zwiększa potrzebę rutyny, dokładności i czystości w ćwiczeniach i ta jeszcze okoliczność, że wydzielanie ciała bywa zwykle żmudne i trwa długo, oczyszczanie go i scharakteryzowanie jako indywiduum chemicznego często bardzo trudne.

Z tych wszystkich powodów praca w chemii lekarskiej, chociażby nawet bardzo ograniczona, wymaga oprócz nieodzownej rutyny, dokładności i cierpliwości, zalet nabranych w pracy nad prostemi ciałami, także znajomości chemii ogólnej a przedewszystkiem organicznej. Pierwszy lepszy przykład niech poprze powyższe twierdzenie. Ktoś chce otrzymać t y r o z y n ę. Jestto ciało do otrzymania stósunkowo łatwe a bu

dowa jego chemiczna dość prosta i jasna. Aby jednak otrzymać to ciało, uskutecznić trzeba wiele manipulacyj, trzeba rozpuszczać, przesączać, parować, strącać, krystalizować i t. d. Ciało użyte do rozpuszczenia pierwotnej substancyi trzeba usunąć za pomocą utworzenia związków nierozpuszczalnych. Już więc dotychczas potrzebnym jest spory zasób zabiegów na pozór prostych, w istocie jednak wymagających wprawy i dokładności. Już dotychczas oprzeć się trzeba było na chemii nieorganicznej, na własnościach pewnych ciał i warunkach ich tworzenia się. Przypuśćmy, że udało się otrzymać preparat czystej, krystalicznej tyrozyny. Teraz przychodzi jednak pytanie, co to jest właściwie tyrozyna, z czego się składa, jaka jej budowa, boć słowo tyrozyna jest przypadkowe i niczego nie tłómaczy. W pierwszym lepszym podręczniku odszukać można jego objaśnienie. Tyrozyna jestto kwas para-oksyfenilo-α-amidopropionowy a wzór jego jest $C_9H_{11}NO_3$. Wzór ten daje nam wprawdzie wyobrażenie o jakościowym składzie tego ciała, nie uwidocznia jednak zupełnie budowy jego chemicznej. Odszukać przeto trzeba wzór strukturowy, ten zaś przedstawia się tak:

$$C_6H_4 \begin{array}{l} \diagup OH(1) \\ \diagdown CH_2 - CH(NH_2) - COOH \end{array}$$

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości bieżące.

— Pan Minister Wyznań i Oświaty zatwierdził uchwałę kolegium lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie dopuszczającą Dra Franciszka Sroczyńskiego na docenta prywatnego okulistyki w tymże uniwersytecie.

— Mamy do zapisania dziś przyjemną wiadomość tyczącą się naszego ziomka a zarazem współpracownika *Przeglądu lek.* Jak bowiem dowiadujemy się z listu temi dniami nadeszłego z Konstantynopola do Krakowa, przybył w dniu 25. listopada na posiedzenie najwyższej rady zdrowia tureckiej adjutant sułtański i odczytał *irade*, w którem sułtan „w uznaniu lojalnego postępowania dla interesów państwa otomańskiego na konferencyi we Wenecyi, za zasługi położone w Dżeddzie i w El-Tor i niezmordowaną pracę koło tępienia cholery, nadaje Drowi Justynowi Karlińskiemu order Osmanje 3. klasy, na drobne jego wydatki za pierwszy miesiąc pobytu w Konstantynopolu poleca mu wypłacić 400 funtów tureckich (= 4100 złr.), żonie zaś jego za zasługi położone w ostatniej podróży z Dżeddy około chorych kobiet tureckich, nadaje order Szefakat 2. klasy, zarazem zastrzega sobie N. Pan dalszą służbę Dra Karlińskiego".

— Towarzystwo lekarzy lubelskich w r. 1892/3 odbyło ogółem 12 posiedzeń, z tych pierwsze d. 4. lipca ogólne, przeznaczone na wybory zarządu i sprawozdania i jedno nadzwyczajne, zwołane z powodu epidemii cholery, dla zorganizowania dyżurów, wypracowania odpowiednich instrukcyj dla ludności i t. p., oraz 10 posiedzeń zwyczajnych, poświęconych pracom specyalnym. Ważniejsze z tych prac odczytanych na posiedzeniach są następujące:

Olechnowicz: Szlachta i włościanie, przyczynek do charakterystyki antropologicznej ludności gubernii lubelskiej.
Schmidt: Sprawozdanie o początku cholery w Biskupicach.
Tetz: 1) Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu dla cholerycznych. 2) Demonstracya chorego dotkniętego chorobą Gilles de la Tourretta. 3) Przypadek *lichen ruber accuminatus.* 4) O zaraźliwości zapalenia płuc. 5) O skuteczności salicylanu sody w zapaleniu opłucnej.
Downar: 1) O owrzodzeniach rogówki rozwijających się w przebiegu tyfoidu cholerycznego. 2) Znamię macierzyste jednostronne.
Zagórski: O ropniach przerzutowych po cholerze.
Mierzyński i stud. med. Brunner: Sprawozdanie z prac dokonanych w laboratoryum chem. i bakteryolog. dotyczących wody studziennej w Lublinie.
Jaworowski: 1) Przypadek macicy podwójnej. 2) Przypadek braku macicy i jajowodów. 3) Współczesny przebieg odry i płonicy u dwóch chłopców.
Kosiejowski: Przypadek zropienia torbieli skórzastej jajnika i wyleczenia siłami natury przez otwarcie się do prostnicy.
Staniszewski: O zastrzykiwaniu tyosynaminy w limfomatach.
Dziewiszek: Sprawozdanie z ruchu chorych w szpitalu miejskim w Zamościu.
Sochacki: Opis przyrządów uproszczonych w praktyce wiejskiej.
Karpiński: O glistach znalezionych w guzie w okolicy pachwinowej.

Prócz większych kommunikatów wyżej wymienionych były liczne demonstracye chorych, okazywanych przeważnie przez kolegów chirurgów przed lub po operacyach.

Epidemia cholery, która srodze dotknęła okolicę a nadewszystko miasto Lublin, była przedmiotem relacyj i dyskusyj o środkach zapobiegawczych, których ostatecznym wynikiem był odpowiedni referat do właściwej władzy o koniecznej potrzebie kamery desinfekcyjnej.

Biblioteka w ciągu roku sprawozdawczego powiększyła się o 74 dzieł w 91 tomach, czyli że ogółem obejmuje 2350 dzieł w 4717 tomach. W drodze wymiany otrzymywało Towarzystwo Gazetę lekarską, Časopis lekařův Českych, Jużno ruskaja med. gazeta i Archiv biołogiczeskich nauk, oraz sprawozdania z posiedzeń i prace 23 Towarzystw lekarskich. Po przeniesieniu biblioteki do nowego lokalu otworzoną została czytelnia, którą zasilali członkowie abonowanemi przez siebie czasopismami.

Większością głosów wybrani na rok przyszły: Dr. Feliks Głogowski na przewodniczącego, Dr. Eligiusz Kuszelewski na wiceprezesa, Dr. Gustaw Doliński na sekretarza, Dr. Aleksander Jaworowski na bibliotekarza, Dr. Jan Karo na skarbnika.

— Dla międzynarodowego kongresu higienicznego i demograficznego, odbyć się mającego w roku przyszłym w Budapeszcie, wybrano czas od 1. do 9. września.

Na kongresie tym powstanie po raz pierwszy sekcya dla higieny i etyologii chorób w krajach podzwrotnikowych, jak czerwonki, malaryi, żółtej febry, słoniowaciny, beriberi, chorób wątroby, wpływu klimatu podzwrotnikowego na Europejczyków, działaniu alkoholu, makowca i innych narkotyków w tych krajach i t. d. Przewodniczącym tej sekcyi obrano jeneralnego lekarza armii bengalskiej, Dukę.

— W dniu 18. listopada b. r. odsłoniono w Meranie pomnik Dra Franciszka Tappeinera, seniora tamtejszych lekarzy, około rozwoju tej miejscowości klimatycznej wielce zasłużonego.

— W Londynie utrzymuje się epidemia błonicy, o czem już donieśliśmy; w trzecim tygodniu listopada umarło na nią 102 osób.

— W więzieniu Dannemara pod Nowym Jorkiem wykonano w dniu 25. października b. r. wyrok śmierci prądem elektrycznym czyli tak zwaną elektrokucyą, po raz pierwszy w sposób, można powiedzieć, udatny, bez tych strasznych scen, jakie towarzyszyły wykonaniu aktu sprawiedliwości w Auburn, o czem donieśliśmy w swym czasie w *Przeglądzie lekarskim.* Użyto w ciągu pierwszych 4 sekund prądu o napięciu 1640 wolt, następnie zmniejszono go stopniowo do 150 wolt a w końcu zwiększono go w dwóch sekundach znów do 1640 wolt. Ażeby zabezpieczyć się przeciw niedostateczności maszyny dynamo-elektrycznej, połączono już naprzód przyrząd właściwy z przewodami służącemi do oświetlania miasta elektrycznością.

— Dr. Mikołaj Szontagh, węgierski radca zdrowia i lekarz sanatorym w Nowym Szmeksie, wyjechał na zimę do Abbazyi, gdzie będzie praktykować.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 16. Grudnia 1893. Nr. 50.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

I. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał

Dr. Jan Prus we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

Kończyna górna lewa.

Wielki palec jest krótszy, niż prawy, nad miarę wyprężony; długość 1·7 cm. (0·4 + 1·3). Obwód falangi pierwszej 5·4 cm., obwód falangi drugiej 5 cm. Szerokość paznogcia 1·2 cm, długość 0·7 cm. Na skórze po stronie grzbietowej, w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą, znajduje się plama biała, poprzecznie przebiegająca (na 1 cm. długa, 0·2 cm. szeroka). Tak po stronie grzbietowej, jak i dłoniowej znajdują się dwa rowki, odpowiadające przegubom. Rowki te są blisko siebie (w odległości 0·2 cm.) po stronie grzbietowej; oddalenie ich zaś po stronie dłoniowej wynosi 0·9 cm. Bierna ruchomość możliwa w stawie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą do 50° we wszystkich kierunkach. Pomiędzy falangą pierwszą a drugą ruchomość zniesiona (*ankylosis*). Czynne ruchy palcem wielkim: abdukcya i addukcya do 20°, zginanie i prostowanie w stawie wspomnionym możliwe w zakresie do 10°.

Palec wskazujący zniekształcony. Falanga pierwsza znacznie zgrubiała; falanga druga zbacza cokolwiek ku stronie małego palca; falanga trzecia miernie zanikła, zrosła z falangą drugą. W okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą po stronie grzbietowej znajduje się plama biała, gwiazdkowata na 1 cm. długa, 0·7 szeroka; również w okolicy stawu pomiędzy falangą pierwszą a drugą jest plamka biała, poprzeczna o 0·5 cm. długości. Na skórze falangi trzeciej, mianowicie na opuszce palca, tuż pod paznogciem przebiega wyraźna blizna w kierunku od paznogcia do środka opuszki, znacznie wgłąb skóry wciągnięta. Długość palca wskazującego 2·5 cm. (1.3 + 0.7 + 0.5) obwód falangi pierwszej 7 cm., drugiej 4 cm., trzeciej 3·5 cm. Szerokość paznogcia 0·6 cm., długość 0·4 cm. Od strony grzbietu widoczny jest tylko jeden, wyraźny rowek poprzeczny (w okolicy przegubu pomiędzy falangą pierwszą a drugą), po stronie dłoni zaś znajdują się trzy wybitne rowki. W stawie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą, oraz w stawie między falangą drugą a trzecią, nie można wykonać żadnego ruchu biernego (*ankylosis*). Zgięcie i wyprostowanie bierne w stawie pomiędzy falangą pierwszą a drugą możliwe do 15°. Z ruchów czynnych możliwa tylko abdukcya i addukcya w zakresie 5°.

Palec środkowy okazuje najwybitniejsze zniekształcenie a przede wszystkiem nieprawidłowe zgięcie falang. Falanga pierwsza zbacza nieco ku stronie palca małego; falanga druga zgięta pod kątem 45° ku stronie palca wielkiego; falanga trzecia zbacza znów nieco (5°) od kierunku falangi drugiej ku stronie palca małego. Długość palca 3 cm. (1·5 + 1 + 0·5). Obwód falangi pierwszej 6 cm., drugiej 5·6 cm., trzeciej 2·4 cm. Szerokość paznogcia 0·6 cm., długość 0·3 cm. Na skórze po stronie grzbietowej, w okolicy stawu pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą, widoczna plama biała, gwiazdkowata na 1 cm. długa, 0·5 szeroka. Skóra na granicy między falangą pierwszą a drugą zgrubiała i odbarwiona na znaczniejszym obszarze okazuje jeden poprzeczny rowek; po stronie zaś dłoniowej widoczne są 3 rowki w odpowiednich przegubach. Ruchy bierne możliwe w stawie przy nasadzie palca we wszystkich kierunkach; najłatwiej wykonać można zgięcie palca (aż do 20°). W stawie pomiędzy falangą pierwszą a drugą zgięcie i wyprostowanie bierne zaledwie możliwe w zakresie 10°. Pomiędzy falangą drugą a trzecią staw nieruchomy. Z ruchów czynnych możliwy ślad abdukcyi i addukcyi (2°) i cokolwiek (5°) zgięcie w stawie pomiędzy kością śródręcza a falangą pierwszą.

Palec czwarty. Falanga pierwsza, zgięta ku stronie dłoni, tworzy z kością śródręcza kąt mniej więcej 36° i zbacza nieco ku stronie palca małego. Falanga druga jest nadmiernie wyprężona, zbaczając od kierunku falangi pierwszej pod kątem blisko 80° ku stronie grzbietowej i jest cokolwiek nachylona ku stronie palca małego. Falanga trzecia zrosła z falangą drugą w jej przedłużeniu. Długość palca 2·8 (0·8 + 1 + 1). Obwód falangi pierwszej 6 cm., drugiej 4·5 cm., trzeciej 3·7 cm. Szerokość paznogcia 0·9 cm., długość 0·5 cm. W okolicy stawu, przy nasadzie palca i na wszystkich falangach po stronie grzbietowej znachodzą się ledwie dające się odróżnić nieregularne plamki białawe. Pomiędzy falangą pierwszą a drugą na skórze po stronie grzbietowej wybitny rowek poprzeczny; po stronie zaś dłoniowej znajdują się trzy rowki odpowiadające przegubom. Ruchy bierne: w stawie między kością śródręcza a falangą pierwszą możliwe tylko zgięcie do 10°, między pierwszą a drugą możliwe jest zgięcie do tego stopnia, że nadmierne wyprężenie w tym stawie zupełnie znika (a więc 80°); staw między falangą drugą a trzecią zesztywniały. Ruchy czynne: bardzo słaba abdukcya i addukcya (1°), nieznaczne zgięcie w stawie przy nasadzie palca (20°).

Palec mały. Długość 2 cm. (1 + 0·5 + 0·5). Obwód falangi pierwszej 4·5 cm., drugiej 3·9 cm., trzeciej 2·8 cm. Szerokość paznogcia 0·6 cm., długość 0·3 cm. Falanga pierwsza zrosła prawie z kością śródręcza w pozycyi zgiętej ku dłoni pod kątem 30° (zupełnie nieruchoma). Falanga druga i trzecia zbaczają od kierunku falangi pierwszej tak, że ich kierunek równa się prawie kierunkowi kości śródręcza. W okolicy stawu, przy nasadzie palca małego po stronie grzbietowej, jest znaczniejsza plamka, biała, gwiazdkowata, o średnicy 1 cm. Na falandze drugiej i trzeciej nieznaczne odbarwienie skóry. Od strony grzbietowej widoczny jeden rowek poprzeczny, odpowiadający przegubowi pomiędzy falangą pierwszą a drugą; po stronie zaś dłoniowej znajdują się trzy rowki. W stawie między falangą pierwszą a drugą możliwe tylko wyprostowanie (bierne do 40°, czynne do 15°); inne stawy palca małego unieruchomione.

Kości śródręcza zgrubiałe. Długość dłoni 5 cm., szerokość 6.5 cm. Skóra na grzbiecie śródręcza brunatna, lśniąca nie daje się ująć w fałd. Powierzchowna warstwa skóry jest nieco przesuwalna, przyczem tworzy wiele bardzo drobniutkich zmarszczek. Głębsze warstwy skóry i tkanki podskórnej wybitnie obrzmiałe, dosyć twarde. Za uciskiem powstaje wyraźny dołek, długo się utrzymujący. Skóra na dłoni cienka, delikatna, o prawidłowem zabarwieniu, bardzo pulchna (lecz nie obrzmiała). *Thenar* poduszkowaty stanowi prawie połowę dłoni; *antithenar* wyraźnie odgraniczony, jak niemniej fałd skóry pomiędzy nasadami palców a rowkiem przebiegającym na poprzek dłoni. Kości wchodzące w skład stawu nadgarstkowego znacznie zgrubiałe. Ruchomość w tym stawie nadzwyczaj ograniczona. Gdy z biernych ruchów możliwe są: zgięcie ku dłoni do 10° i addukcya tak ku stronie kości sprychowej, jak i kości łokciowej do 5°, może chora wykonać dowolnie zaledwie tylko słabe zgięcie ku stronie dłoni (2°).

Przedramię długości 22 cm.; obwód przedramienia powyżej stawu nadgarstkowego 15 cm., w bliskości stawu łokciowego 15 cm. Mięśnie zanikłe, chociaż cokolwiek w mniejszym stopniu, niż po stronie prawej. Skóra mocno napięta, sucha; w okolicy stawu łokciowego obrzmiała. Rowek, w którym przebiega nerw łokciowy, trudno wyczuwalny. Staw łokciowy unieruchomiony pod kątem prawie prostym. Ruchy bierne: zgięcie do 15°, pronacya i supinacya zaledwie do 20° (a więc w mniejszym stopniu możliwa, niż po stronie prawej). Chora może cokolwiek grzbiet ręki skręcić do płaszczyzny poziomej.

Ramię wychudłe, długość 28 cm., obwód ramienia w połowie długości 15 cm. Ruchy bierne i czynne w stawie barkowym: abdukcya do 50°, ruch ramienia ku przodowi do 45°, w tył do 40°, ruchy obrotowe blisko do 90°, ruch ku górze możliwy powyżej płaszczyzny poziomej do 10°. Chora dosięgnąć może dłonią lewą szczytu swej głowy, wielkim palcem może się dotknąć ucha lewego, na barku prawym może położyć swobodnie dłoń lewą, wogóle ruchy kończyną lewą są nieco swobodniejsze, niż prawą.

Odruchy ścięgniste w mięśniach kończyny górnej lewej w ogóle słabe. Pobudliwość mechaniczna w mięśniach wyprężaczach przedramienia zniesiona; natomiast w zginaczach przedramienia i mięśniach ramienia nieco powiększona. Odruchy skórne bardzo słabe; pręgi po natarciu skóry niewyraźne.

Kończyny dolne.

Kończyna dolna prawa.

Stopa prawa w całości zgrubiała, sino zabarwiona. Palce nie przedstawiają nic nieprawidłowego; jedynie tylko ostatnie falangi są nieco zgrubiałe a na palcu małym brak jest paznogcia, który odpadł bez żadnych poprzednich spraw zapalnych, paznogieć zaś na palcu wielkim przypomina kształt szpona. Na palcu małym, zwłaszcza po stronie zewnętrznej, bardzo wyraźna sinica (zabarwienie prawie czarno-niebieskie). Ruchomość palców bierna i czynna prawidłowa.

Stopa. Grzbiet stopy znacznie obrzmiały, zwłaszcza przy nasadzie palców i po stronie palca małego. Skóra jest mocno napięta, sucha, nie dająca się ująć we fałd, okazuje bardzo wiele drobniutkich zmarszczek podłużnych. Zewnętrzny brzeg stopy siny.

Podeszwa odznacza się skórą cienką, obrzmiałą, zwłaszcza przy nasadzie palców. Długość stopy od pięty do końca palca wielkiego 20 cm.

Staw skokowy. Okolica stawu skokowego obrzmiała, najwięcej po stronie grzbietowej. Na kostce wewnętrznej i nieco powyżej znajduje się blizna na 3 cm. długa, 2 cm. szeroka, przesuwalna. Bliznę tę trudno można odróżnić od reszty skóry; jedynie tylko bielsze zabarwienie skóry w środku oraz brzegi barwikowe wskazują na obecność blizny. Z tego okazuje się, że ropienia, o których chora wspomina, musiały być tylko powierzchowne i ograniczały się jedynie do skóry. Po stronie kostki zewnętrznej ledwie widoczna blizna bardzo mała, okrągła, o średnicy 0·5 cm., barwy jaśniejszej niż otoczenie. Ruchy bierne i czynne w stawie skokowym prawidłowe. Siła mięśni w zginaniu i prostowaniu dostateczna.

Podudzie. Skóra na podudziu, mocno obrzmiała, okazuje wybitne marmurkowanie z powodu rozlicznych drobniutkich rozszerzeń żyłek. Obwód łydki 27 cm. Ruchy czynne i bierne w stawie kolanowym prawidłowe. Skóra w okolicy stawu kolanowego również obrzmiała, zwłaszcza po stronie zewnętrznej, obwód kolana 35 cm.

Udo nie przedstawia nic szczególnego. Skóra dosyć sucha, trudno we fałd daje się ująć. Przez skórę przeświecają

dość wyraźnie grubsze i cieńsze żyły. Podściółka tłuszczowa dość obfita.

Gruczoły pachwinowe wyraźnie powiększone, twarde. Staw biodrowy prawidłowy.

Kończyna dolna lewa.

Palec wielki cokolwiek cieńszy (obwód 7 cm.), niż po stronie prawej (9 cm.). Gdy długość palców wielkich jest jednakowa po obu stronach (5 cm.), okazują inne palce wybitną różnicę w tym względzie. I tak palec drugi i trzeci są znacznie dłuższe po stronie lewej; natomiast czwarty i piąty wyraźnie krótsze, niż po stronie prawej. Wymiary są następujące: palec drugi: prawy 2·3 cm., lewy 4·5 cm., palec trzeci: prawy 1·7 cm., lewy 3·5 cm., palec czwarty: prawy 2·8 cm., lewy 2·2 cm., palec piąty: prawy 3 cm. lewy 1·2 cm. Na drugim palcu widzieć można, że falanga druga jest mocno zgięta ku podeszwie (pod kątem 45°) a staw między falangą pierwszą a drugą unieruchomiony. W okolicy tegoż stawu po stronie grzbietowej znajduje się dość znaczny odgniotek. Na palcu piątym brak paznogcia i prawdopodobnie obu ostatnich falang. Na wszystkich palcach wyraźna sinica.

Stopa lewa mniej obrzmiała, niż prawa. W okolicy kostki wewnętrznej i nieco powyżej znajduje się blizna bardzo wybitna, na 4 cm. długa, 2 cm. szeroka, barwy białej, kształtu nieregularnego, gwiazdkowatego, o brzegach barwy brunatnej. Skóra w tem miejscu bardzo twarda, przesuwalna, pozostawia pod wpływem mocnego ucisku dołek dość płytki. W okolicy kostki zewnętrznej zaledwie widoczne dwie blizny owalne, o średnicy 0·5 cm., barwy nieco tylko jaśniejszej, niż otoczenie. Ruchy bierne i czynne w stawie skokowym prawidłowe. Podudzie cieńsze, niż prawe (obwód łydki 25 cm.) Skóra jakby marmurkowana, obrzmiała. Obwód kolana 33 cm. Ruchy czynne i bierne w stawie kolanowym prawidłowe.

Udo zachowuje się tak samo jak po stronie prawej. Gruczoły pachwinowe mniej powiększone, niż po stronie prawej. Staw biodrowy prawidłowy.

Chód chorej ciężki, bardzo utrudniony, spastyczny; chora nie może formalnie stóp od ziemi oderwać, powłóczy nogami, zwłaszcza stopą prawą, a przedewszystkiem nie podnosi wcale palców. Chora robi bardzo maleńkie kroki a do jakiego stopnia chód jest utrudniony, najlepiej ocenić można, jeżeli się uwzględni, że do przebycia jednego kilometra potrzebuje chora do trzech godzin czasu.

Odruchy kolanowe po stronie prawej prawie zniesione; po stronie lewej bardzo znacznie zmniejszone (dopiero po kilku uderzeniach młotkiem od czasu do czasu słaby odruch). Za biernem zginaniem w stawie kolanowym i skokowym napotyka się na opór wybitniejszy po stronie prawej (*spasmus*) Pobudliwość mechaniczna bardzo zmniejszona; jedynie tylko za uderzeniem mięśnia prostego uda nastaje skurcz leniwy, falisty w tym mięśniu. Mięśnie podudzia nie są pobudliwe mechanicznie. Odruch skórny podeszwowy jest po obu stronach. Odruchu brzusznego brak.

Badanie czucia.

1) Dotknięcie zwykłe główką szpilki, palcem, pędzelkiem delikatnym i t. p. odczuwa chora wszędzie bardzo dobrze. Czucie ucisku badane przyrządem Eulenburga (barestezyometrem) nie przedstawia żadnych zboczeń. Czucie lokalizacyi jest tylko na obu rękach nieco upośledzone. Badanie zdolności odróżniania dwóch równoczesnych dotknięć (dokonane przy pomocy przyrządu Sievekinga) dało następujący wynik wyrażony w centymetrach.

Czoło	po stronie prawej 1·3	po lewej	1·5
Policzek	1·1	—	1·1
Kark	2·5	—	2·5
Okolica stawu bark.	7·0	—	7·0
Ramię	5·0	—	5·0
Przedramię (od strony dłoni)	1·7	—	1·7
„ (po grzbietowej stronie ręki)	1·0	—	1·0
Ręka, dłoń	2·5	—	2·5
„ grzbiet	4·8	—	4·8
Końce palców u rąk	0·5	—	0·5
Udo z przodu	2·5	—	3·0
Udo z tyłu	2·0	—	2·0
Podudzie z przodu	2 0	—	2·0
Łydka	0·5	—	0·5
Podeszwa	0·2	—	0·5
Powyżej sutka	1 3	—	1·3
Poniżej sutka	1·0	—	1·0
Górna okolica brzucha	1·5	—	1·5
Dolna okolica brzucha	2·0	—	2 0
Dolna okolica łopatki	2·0	—	2·0
Grzbiet do 2. kręgu lędźw.	1·8	—	1·8
Grzbiet od 2. kręgu lędźw. poniżej	1·8	—	1·8
Pośladki	0·8	—	1·0

Z tablicy tej okazuje się, że czucie po stronie prawej jest nieco delikatniejsze (na czole, na udzie, na podeszwie i na pośladkach), niż po stronie lewej.

Porównawszy liczby te z liczbami podanemi przez różnych badaczy dla czucia u osób zdrowych, musimy przyjść do przekonania, że wielkość kół dotykowych Webera w niektórych okolicach ciała u chorej przekracza granice prawidłowe a mianowicie na skórze rąk tak po stronie dłoniowej jak i grzbietowej (u chorej na dłoni 2·5 cm., u zdrowych 0·6 cm.; na grzbiecie ręki 4·8 cm., u zdrowych 1·8 cm) oraz na ramieniu w okolicy stawu barkowego (u chorej 7·5 cm., u zdrowych 4 cm.), gdy w innych obszarach czucie jest nadmiernie delikatne (*hyperaesthesia*), głównie na łydkach (u chorej 0·5, u zdrowych 3·1 — 4·0), na podeszwie (u chorej 0·1—0·5, u zdrowych 1·3 — 1·6), na przedramieniu (u chorej 1·0 — 1·8, u zdrowych 2·7 — 3·2), w ogóle na kończynach dolnych i na tułowiu a tylko w niektórych miejscach prawidłowe (na twarzy).

Rozróżnianie wrażeń czulnych po sobie następujących czyli badanie uczucia ruchu (*Bewegungsgefühl* — Vierordt) można było przeprowadzić tylko przez kreślenie linij esowatych lub kół w rozmaitych miejscach skóry, gdyż chora nie umie ani czytać ani pisać. Gdy w innych miejscach chora rozróżniała dosyć dobrze linie wielkości 1 cm., nie mogła często na rękach odróżnić linij długości 4 lub 5 cm.

Czucie bólu na rękach i na ramieniu prawem jest znacznie upośledzone. Nietylko ukłucie szpilką, ale także prąd indukcyjny (pędzelek) nie sprawia chorej na rękach wyraźnego bólu.

Badanie czucia temperatury między 25° — 40° C. przy pomocy rurek odczynnikowych, wypełnionych wodą wykazało: na twarzy i szyi odróżnia chora różnicę 0·5° C. dosyć dobrze, na mostku odróżnia 0·8° C., na brzuchu 0·7° C., na grzbiecie 1·5° C. na dłoni zaledwie 10° C. (w prawid-

łowych okolicznościach uczuwa się już 0·5° C.), na grzbiecie ręki 8° C. (w prawidłowym stanie ocenia się różnicę 0·3° C.), na ramieniu i przedramieniu 3° C. (w prawidłowym stanie 0·2° C.), na udzie 1° C., na łydce 0·7° C., na grzbiecie stopy 0·6° C. Dodać winienem, że dmuchnięcie i chuchnięcie chora nawet na rękach czasem odczuwa, co wcale nas nie zadziwia, gdyż różnica w ciepłocie pomiędzy dmuchnięciem i chuchnięciem wynosi czasem więcej, niż 10°. Badanie wykazało zatem, że czucie temperatury na obu odnogach górnych (zwłaszcza na rękach) jest znacznie upośledzone.

Czucie mięśniowe prawidłowe; chora może dokładnie określić bierne ułożenie członków przy zamknięciu oczu itp.

Badanie prądem elektrycznym nerwów i mięśni przeprowadziłem kilkakrotnie z zachowaniem wszelkich ostrożności dla otrzymania dokładnego wyniku. Nadmieniam zarazem, że do mierzenia siły prądu indukcyjnego używałem faradometru (mikroamperometru) P ü n t h n e r a; wielkość zatem siły prądu indukcyjnego wyrażono jest w mikroamperach a nie w liczbach określających odległość cewek.

N e r w y.

Nazwa		Prąd indukc. w mikroamperach	Prąd stały w miliamperach Sk Zm Ka	Sk Zm An
N. facialis — pień	pr.	5	3,2	6,0
	lw.	2	2,0	4,8
„ „ ramus frontalis	pr.	2	2,5	3,5
	lw.	1	2,0	2,5
„ „ „ zygomaticus	pr.	2	2,5	3,4
	lw.	1	1,5	1,9
„ „ „ mentalis	pr.	1	1,0	1 6
	lw.	1	1,0	1,6
N. accesorius	pr.	3	0,6	1,0
	lw.	1	1,0	1,4
N. axillaris	pr.	5	1,8	3,5
	lw.	2	0,9	3,5
Plex. brachial. (Punkt Erba)	pr.	8	6,0	12,0
	lw.	2	2,2	10,0
N. thoracicus anter.	pr.	5	3,5	6,5
	lw.	4	3,5	6,5
N. musculo-cutan.	pr.	6	5,8	10,0
	lw.	2	4,2	10,0
N. medianus	pr.	5	4,0	5,0
	lw.	5	3,2	4 6
N. ulnaris	pr.	5	4,3	10,0
	lw.	5	2,1	10,0
N. radialis	pr.	3	2,3	8,0
	lw.	3	1,9	7,0
N. cruralis	pr.	18	15,0	22,0
	lw.	15	12,0	20,0
N. obturatorius	pr.	10	8,5	15,0
	lw.	8	7,0	12,0
N. peroneus	pr.	25	6.0	15.0
	lw.	20	5,0	14,0
N. ischiadicus	pr.	35	18,0	25,0
	lw.	30	15,0	20,0
N. tibialis	pr.	30	14,0	20,0
	lw.	28	10,0	15,0

M i ę ś n i e.

Nazwa		Prąd indukc. w mikroamperach	Prąd stały w miliamperach Sk Zm Ka	Sk Zm An
M. frontalis	pr.	3	3	4
	lw.	3	3	4
M. corrugator supercil.	pr.	3	3	4
	lw.	3	3	4
M. orbicularis palpebr.	pr.	3	3	5
	lw.	3	3	5
M. zygomaticus major	pr.	3	5	8
	lw.	3	5	8
M. orbicularis oris	pr.	3	5	6
	lw.	2	4	5
M. temporalis	pr.	4	7	10
	lw.	4	7	10
M. masseter	pr.	4	7	10
	lw.	4	7	10
M. splenius capitis	pr.	5	8	14
	lw.	5	8	14
M. sterno-cleido-mastoideus	pr.	3	5	8
	lw.	3	5	8
M. cucullaris	pr.	6	10—	9—
	lw.	5	10—	9—
M. pectoralis major	pr.	5	8	12
	lw.	5	8	12
M. deltoideus: część przednia	pr.	4	5 —	4—
	lw.	4	4 -	4—
„ „ „ średnia	pr.	4	3—	3—
	lw.	8	3—	2 -
„ „ „ tylna	pr.	4	3—	3—
	lw.	8	3—	2—
M. biceps brachii	pr.	6	6—	5—
	lw.	6	5—	4—
M. triceps	pr.	10	10	12
	lw.	5	5	6
M. supinator longus	pr.	20	5—	6—
	lw.	20	6—	6—
M. flexores digitorum	pr.	10	10	12
	lw.	10	5	6
M. flexor carpi radialis	pr.	8	12—	13
	lw.	8	10—	11
M. flexor carpi ulnaris	pr.	8	8	10
	lw.	8	7	9
M. flexor pollicis longus	pr.	10	10—	7—
	lw.	8	9—	6—
M. extensor carpi rad. long.	pr.	10	10—	8—
	lw.	14	8—	6—
M. extensor carpi ulnar.	pr.	10	9—	7—
	lw.	10	8—	5—
M. extensor carpi rad. brev.	pr.	10	8—	7—
	lw.	10	7—	5—
M. extensor digit. com.	pr.	10	5	7
	lw.	14	6	8
M. extensor indicis propr.	pr.	6	4	6
	lw.	6	4	6
Thenar	pr.	5	4	6
	lw.	5	3	4
Antithenar	pr.	10	6	10
	lw.	10	5	8
M. quadriceps femoris	pr.	20	15	20
	lw.	20	10	15
M. adductor magnus	pr.	20	12	15
	lw.	20	12	15
M. gluteus maxim.	pr.	20	12	15
	lw.	20	12	15
M. gastrocnemius	pr	25	22	28
	lw.	25	20	25
M. tibialis antic.	pr.	20	16	25
	lw.	20	15	20
M. extensor digit. com. long.	pr.	20	20	25
	lw.	20	20	25
M. peroneus long.	pr.	15	15	20
	lw.	15	15	20
M. extensor halluc. long.	pr.	20	15	20
	lw.	20	15	20
M. flexor halluc. long.	pr.	20	20	25
	lw.	20	20	25
M. flexor digit. com. long.	pr.	20	20	25
	lw.	20	20	25
M. extensor dig. com. brev.	pr.	15	15	20
	lw.	15	15	20

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Rzadki przypadek obrzęku śluzakowego (*myxoedema*).

Napisał
Dr. Teofil Bąkowski,
b. asyst. Uniw. Jagiell.

J. S., mający 14 lat, z B., urodził się bez obciążenia dziedzicznego, zdrów, w okolicy, gdzie ani wól ani kretynizm nie pojawiają się. Wzrastał zarówno z innemi dziećmi, zaczął mówić niektóre wyrazy po upływie roku; w ogóle nie uważano w nim żadnego zboczenia. Mieszkanie jednak na gruncie bagnistym, wilgotne, ciemne, duszne i liche odżywianie się, jak u biedniejszych Izraelitów, zaczęły wpływać niekorzystnie na zdrowie dziecka. To też matka spostrzegła u niego po 18 miesiącach powolne wykrzywianie się stosu pacierzowego i przypisywała je jakiemuś upadnięciu w czasie jej niebytności, jak mówi, tak, że chłopiec dopiero w 4. roku życia zaczął chodzić zgarbiony, opierając ręce na kolanach. Od tego to czasu twarz zaczęła brzęknąć; chory począł oddychać ustami i język lekko wystawiać. Mając 2 lata chorował dni kilka na jakąś chorobę gorączkową, później na odrę. Duszność ma od 4. roku życia. Lubo nie badałem, przecież widziałem chorego kilka razy; pierwszy raz przed siedmioma laty, a wejrzenie jego prawie nic się nie zmieniło z wyjątkiem tego, że cokolwiek urósł. Badanie stanu obecnego wykazuje: Chłopiec wzrostu niskiego, prawie karzełek (wysokość 104 centym.), z głową dużą, twardą, znacznie opuchłą, osadzoną na cienkiej szyi, z garbem w ostatnich kręgach piersiowych łukowatym (*kyphosis rhachitica.*) Czaszka duża, ale foremna, pokryta gęstym, krótko strzyżonym włosem; twarz, równie jak powieki, obrzękła, blado sino zabarwiona z odcieniem woskowym, za uciskiem ciastowata, ale dołka nie pozostawia. Wargi grube, również obrzękłe, Wyraz twarzy głupkowaty, przygnębiony, mimo utrzymania się inteligencyi chorego. Skóra na czole opuchła, za uciskiem dołka nie pozostawia. Nos szeroki, nieco siodełkowato zapadły, otwory nosowe szerokie, przewody nosowe drożne. Powieki obrzękłe, spojówki mocno nastrzykane, rogówki bez żadnego blasku, jakby zamglone, źrenice równe na światło oddziaływają dobrze. Z ust rozwartych, śliniących się, ciągle wystaje trochę język w dwójnasób powiększony, nie mogąc się pomieścić w ciasnej szczęce dolnej. Wymiary jego, szczególnie ku korzeniowi są duże. Dziąsła i błona śluzowa jamy ust nieznacznie obrzmiałe, zęby ku przodowi zwrócone, migdałki niepowiększone. Gruczoły ślinianki przyuszne i podszczękowe znacznie, podjęzykowe powiększone. Obrzęk ogranicza się zatem tylko do czoła, nosa, powiek, twarzy i warg; nie ma go na tułowiu ani na kończynach. Gruczoły limfatyczne karkowe i podszczękowe niepowiększone, gruczoły pachowe, łokciowe i pachwinowe nawet niewymacalne. Szyja cienka, dołek jarzmowy mocno zaznaczony; krtań i część tchawicy dobrze wymacać można, jako prawie tuż pod skórą leżące. G r u c z o ł u t a r c z y k o w e g o b r a k z u p e ł n y a przekonywa o tem kilkakrotne, dokładne badanie. Obojczyki bardzo krótkie, znacznie wygięte. Podnoszenie kończyn górnych ku górze bardzo upośledzone, jakby po zwichnięciu, choć badanie wykazuje, że główki kości ramieniowych są w swojem miejscu. Przy ruchach obrotowych biernych słychać w obu stawach barkowych trzeszczenie; stawy te są przy mocniejszych tych ruchach bolesne. Klatka piersiowa krótka, mostek nieckowaty. Płuca rozdęte, zakatarzone (nieżyt oskrzelowy); w sercu nic nieprawidłowego, tony czyste. Brzuch ogromny, o wiele większy od klatki piersiowej, w pasie znacznie zasznurowany. Mniejszą jego połowę wypełnia ogromna wątroba, sięgająca w linii pachowej środkowej aż prawie do pachwiny; brzeg jej dolny ostry, równy, twardy; wątroba sama gładka, prawie niebolesna. Śledziona ku dołowi na cztery palce powiększona, brzeg jej nieco zaokrąglony, twardy, prawie niebolesny. Jelita trochę rozdęte; w jamie brzusznej płynu wolnego wykazać nie można. W pępku przepuklina wolna, wielkości małej pięści, z bramą przepuklinową o średnicy 3 cm. Temperatura od prawidłowej nieco niższa, 36·5—36·8, tętno koło 80. Kał, odkąd ojciec pamięta, oddaje chory „nie po ludzku“, jak się wyraził, t. j. kał nigdy nie jest zbity należycie, lecz zawsze rzadki, papkowaty, jak od niemowlęcia, i gliniasto żółty. Apetyt słaby. Mocz oddaje w ilości skąpej około 600—700 cm. sz. dziennie. Ma on barwę winowo-żółtą, oddziaływa kwaśno, białka ślad, cukru nie zawiera, chlorki w ilości prawidłowej, z kwasem octowym lekkie zmętnienie (ślad mucyny). S f e r a r u c h u: Ruchy w ogóle upośledzone. Jak już nadmieniono, ruchy w kończynach górnych znacznie upośledzone dla krótkich bardzo obojczyków, które nie pozwalają należycie kończynom obracać się w stawach barkowych. Siła w rękach dosyć dobra. Chodzenie również utrudnione częścią dla garbu i brzucha ogromnego, częścią z powodu ogólnego osłabienia tak, że chory postępuje zwolna, niepewnie, opierając się poczęści na kolanach i bardzo się męcząc. Skóra na tułowiu i kończynach sucha, bez podściółki tłuszczowej. Ucisk na pnie nerwowe niebolesny. Zresztą zmian innych na kończynach ani górnych ani dolnych, jak opuchliny, zniekształceń i t. p. nie widać zupełnie. Odruchy skórne, odruchy ścięgniste utrzymane.

S f e r a c z u c i a: dotyk, czucie bólu, ciepła, równie jak lokalizacya tych wrażeń, wreszcie czucie mięśniowe prawidłowe.

S f e r a z m y s ł o w a: Wzrok nieznacznie upośledzony. mimo tego czyta dosyć płynnie; inne zmysły nie upośledzone.

M o w a cicha, monotonna, niezbyt zrozumiała, chwilami zupełna chrypka.

C o d o s f e r y p s y c h i c z n e j, to lubo chory umysłowo jest słabiej od rówieśników rozwinięty i okazuje znaczne przygnębienie, przecież zdaje on sobie dobrze sprawę ze swego smutnego stanu i od kilku dni prosi ciągle matkę, by go ratowała i szła po doktora. A gdym nadszedł i badał stan jego zdrowia, co chwila informował matkę, by moję uwagę zwróciła na jego największe dolegliwości, mianowicie na ciągłe ślinienie się z ust, na znaczną duszność i ciężar w brzuchu. Zalecony roztwór Fowlera i wino chinowe nie odniosły żadnego skutku. We dwa tygodnie potem brzuch począł się powiększać, moszna brzęknąć, wystąpiły stolce częste, po 5—6 na 24 godzin, rzadkie, mocno cuchnące. Badanie brzucha wykazało jego bolesność, znaczną ilość przesączyny wolnej aż po pępek, znaczne obrzmienie moszen. Wystąpiła duszność, tętno drobne, 120 na minutę, temperatura 36·2. Mocz, oddawany w małej ilości, był winowo-żółty, oddziaływał kwaśno, osadu mało, a po dolaniu kwasu azotowego, równie jak po zagotowaniu, występowało nieznaczne zmętnienie (ślad białka). W okresie tym choroby na kończynach górnych i dolnych nie wystąpiła żadna opuchlina. Rozpoznano przyostre zapalenie otrzewny (*peritonitis subacuta*) obok niedomogi (*adynamia)* serca i zaordynowano okłady na brzuch wilgotne co 3 godziny, smarowanie mydłem szarem z jodem a wewnętrznie będźwinian kofeinosodowy (*coffeinonatrium benzoicum*) i wodę wapienną. Mimo to po upływie kilku dni siły chorego zaczęły słabnąć; wystąpiły zwykłe obrzęki końcowe (które zaczęły się już pierwej od obrzęku moszen) dochodzące aż do kolan; wreszcie nastąpiła śmierć.

W opisanym przypadku znajdujemy zatem wszystkie objawy, które cechują obrzęk śluzakowy a mianowicie:

1) Charakterystyczny obrzęk skóry na czole, nosie, powiekach, policzkach i wargach t a k, ż e t w a r z w y g l ą d a ł a m o n s t r u a l n i e.

2) Charakterystyczny przerost języka, obrzmienie błony śluzowej jamy ust i krtani.

3) Powiększenie znaczne ślinianek.

4) Z u p e ł n y b r a k g r u c z o ł u t a r c z y k o w e g o.

5) Mnóstwo zboczeń w sferze ruchu, wzroku, w mowie, w przemianie materyi, w narządzie trawienia, wreszcie

zboczenia w sferze psychicznej t. j. zmniejszenie się pojętności, przygnębienie.

Przypadek niniejszy ciekawy jest jednak bardzo z tego względu, że brak tu charakterystycznego obrzęku kończyn i tułowia, jaki zwykle opisują autorowie, że przypadek ten tyczy się chłopca 14 letniego i że pierwsze zmiany charakterystyczne wystąpiły już w 4. roku życia. Co do braku obrzęku kończyn dolnych i górnych, to według wykładu Virchowa w berlińskiem Towarz. lekar. w dniu 2. Lutego 1887. zmianą cechującą obrzęk śluzakowy (*myxoedema*) jest obrzęk twardy zajmujący twarz, powieki, nos, wargi, często schodzący na szyję i kończyny górne, to znaczy, że zajęcie kończyn przez sprawę chorobową nie jest warunkiem nieodzownym dla istoty tej choroby; sprawozdanie zaś komisyi londyńskiej o obrzęku śluzakowym z r. 1888 [1]) podaje, że obrzmienie skóry charakterystyczne w tej chorobie ulega różnym zmianom i może przed śmiercią zniknąć zupełnie.

Chcąc uniknąć drugiego poważniejszego zarzutu, że przypadek powyższy nie jest obrzękiem śluzakowym, albowiem wystąpił bardzo wczas, bo w 4. roku życia u chłopczyka, gdy znane dotąd przypadki, z wyjątkiem kilku, tyczą się osób dorosłych i to przeważnie kobiet, należy tu wykluczyć matołectwo (*cretinismus*). Otóż kretynizm w okolicy tej jako bagnistej, niskiej a nie w górach położonej prawie się nie pojawia; sprawa ta jest wrodzona i cechuje się tak budową swoistą czaszki, jakoteż i zmianami, których nasz przypadek nie przedstawia. Czaszka była wprawdzie u mego pacyenta dosyć duża, mocno wysklepiona, gdyż obwód jej przez guzy czołowe wynosił 55 centymetrów, wymiar zaś wzdłuż szwu strzałkowego od nasady nosa do 1. kręgu szyjnego 38 cm., jednak nie była to czaszka spłaszczona z boków, z wystającemi guzami czołowemi i bocznemi, nie była to charakterystyczna dla kretynów czworokątna, krzywicza (rachityczna) czaszka (*tête carrée*). A dalej: przeros tgruczołu tarczykowego, t. j. wól u kretynów a zanik jego u dotkniętych obrzękiem śluzakowym, zmiany w czaszce u pierwszych kostne a skórne u drugich, wreszcie zmiany w sferze zmysłowej i psychicznej różne u kretynów a u cierpiących na obrzęk śluzakowy pozwalają uniknąć pomyłki w rozpoznaniu, jak o tem trafnie pisze sprawozdawca z pracy Dr. H. Bircha „*Das Myxoedem und die kretinische Degeneration* [2])“. „*Die kretinische Degeneration ist im Gegensatz zum Myxoedem eine chronische Infectionskrankheit . . . . mit Schilddrüsenhypertrophie und tiefgehenden Störungen des Knochenwachstums einhergehend... Die Veränderungen des Schädels sind bei Myxoedem durch Haut-, bei kretinischer Degeneration durch Knochenprocesse bedingt. Die Störungen der Sensibilitaet und der Sinnesfunctionen fehlen bei Cretinismus. Die Intelligenzstörungen stellen sich bei einem früher normalen Individuum ein, dass sich auch seiner geistigen Veränderung bewusst ist, während bei kretinischer Degeneration die Störungen des Intellectes vom Anfang her bestehen und als solche dem Individuum nicht zum Bewusstsein kommen. Respirations-, Circulations- und Verdauungsstörungen gehören zum Bilde des Myxoedem, während sie bei kretinischer Degeneration fehlen . . . .*“

W obecnym przypadku chory martwił się swym smutnym stanem, krył się przed ludźmi, czując się upośledzonym, kazał zasłaniać okna firankami w czasie badania, wreszcie błagał matkę o sprowadzenie lekarza. Był wprawdzie tępy, ale nie od urodzenia, bo do 4. roku życia rozwijał się prawidłowo pod względem umysłowym; nie cieszył się zdrowiem fizycznem, jak zwykle kretyni i dlatego po uwzględnieniu wszelkich danych trudno go uważać za kretyna.

Pozostaje jeszcze wykluczyć tak zwaną wrodzoną krzywicę, którą tak często miał spostrzegać Kassowitz i Unruh a która odznacza się tem, że nieprawidłowościom w rozwoju kości towarzyszą nieprawidłowości w gruczole tarczykowym lub nawet jego brak [1]). Mój chory wprawdzie we wczesnej młodości, bo już mając $1^1/_2$ roku zapadł na krzywicę, która pozostawiła mu widoczne zmiany w zniekształceniu obojczyków, skrzywieniu stosu kręgowego, wgnieceniu mostka, jednak krzywica ta nie była wrodzoną, gdyż musiałaby zostawić przede wszystkiem ślady znaczne na czaszce. Chory zapadł na nią wtedy dopiero, gdyż już kości czaszki były należycie skonsolidowane, ciemiączka zarosłe. Z wielkiem prawdopodobieństwem jest tu pewien związek z krzywicą przebytą a obrzękiem śluzakowym, któremu chory uległ, lecz z krzywicą nabytą a nie wrodzoną. (O cherze z powodu operacyjnego usunięcia wola (*cachexia strumipriva*) w przypadku opisanym oczywiście mowy nie ma.)

Gdy zaś według odczytu Orda na kongresie lekarskim w Berlinie w r. 1890, „zmiany anatomiczne tyczą się nie tylko gruczołu tarczykowego, ale prawie we wszystkich organach i skórze jest przerost tkanki łącznej z charakterem zapalnym, niszczący właściwe utkanie, chemiczne zaś zmiany są nietrwałe, przejściowe“ [2]), to i napotkane w obecnym przypadku znaczne obrzmienia wątroby i śledziony należą prawdopodobnie do obrazu obrzęku śluzakowego, lubo wobec zimnicy panującej w okolicy chorego, także i do tej choroby odnieśćby je można.

W końcu nadmieniam, że wobec małej inteligencyi rodziców chorego i ich uporu nie mogłem zastósować zachęcających bardzo doświadczeń z wstrzykiwaniami podskórnemi soku z gruczołu tarczykowego (metodą R. Murraya z modyfikacyą Wichmanna).

III.

Jeszcze w sprawie poruszonej artykułem Dra W. Chrząszczewskiego p. t.: **Nowa metoda leczenia wiewióra (trypra) wstrzykiwaniami ciepłego kwasu borowego,** zamieszczonym w nrze 40. *Przeglądu lek.* z r. b.

W sprawie powyższej i odpowiedzi kol. Uhmy ze Lwowa zmuszony jestem dać następujące wyjaśnienie:

Jeśli kol. Ch. po wstrzyknięciu płynu wrzekomo do części krokowej cewki widział istotnie odpływanie płynu na zewnątrz przez kateter, jak to w opisie swoim podaje, to najprawdopodobniej przestrzykiwał tylko pęcherz, chociaż z drugiej strony możliwem jest jeszcze, że kol. Ch., przestrzykawszy istotnie część krokową cewki, po odjęciu strzykawki posunął kateter do pęcherza i wypuścił umyślnie płyn, który poprzednio przez tylną część cewki moczowej do pęcherza spłynął; może więc tylko niedokładny opis zabiegu jest powodem do wniosków, jakie się po przeczytaniu artykułu nasuwają — to zaś tylko sam autor wyjaśnić nam

---

[1]) Przegl. lek. Nr. 40. 1888.
[2]) Internat. klin. Rundschau. Nr. 24. 1890.

[1]) Virchow: o obrzęku śluzak. Przegl. lek. Nr. 9. 1887.
[2]) Buzdygan: Przegl. lek. 1891. Nr. 4. 5. 6. 7.

może a względnie na przyszłość zabieg swój stósownie do naszych uwag zmodyfikować, aby osiągnąć cel zamierzony.

Przy tej jednak sposobności nie mogę pominąć milczeniem innej rzeczy, nie uwzględnionej przez kol. Uhmę a mianowicie tytułu artykułu kol. Ch. pod nazwą nowa metoda leczenia wiewióra (trypra).

Przecież każdy specyalista, czytający opis zabiegu kol. Ch., przyznać mi musi, że jest to stara, dawno już znana powszechnie metoda Didaya, o tyle tylko niefortunnie przez kol. Ch. zmieniona, że zabieg jego wymaga kilkakrotnego odejmowania i ponownego dostósowania strzykawki do kateteru, celem wprowadzenia dostatecznej ilości płynu, co przecież da się bardzo dobrze zastąpić, jeśli użyjemy strzykawki o pojemności n. p. 300 gramów i przepłuczemy za jednym zamachem i tylną i przednią część cewki, jak to powszechnie się robi a nowych chyba wyników z tych zabiegów dziś już spodziewać się nie możemy.

Co prawda, nie uważaliśmy dotąd za potrzebne mierzyć ciepłoty płynów do przestrzykiwań używanych; gdybyśmy jednak chcieli w wysokiej ciepłocie kwasu borowego szukać owej nowej metody leczenia i tejże ciepłocie przypisywać znaczenie lecznicze, to i to upada, zwracam bowiem uwagę na historyę wiewióra z lat 1883. i 84., gdzie autorowie Gordon i Curtis ogłosili swe prace o przestrzykiwaniu cewki gorącą wodą; leczenia tego jednak wkrótce zaniechano z powodu zadrażnienia błony śluzowej, jakie po niem następowało.

Upatrywanie w kwasie borowym, używanym przeciw wiewiórowi od szeregu lat, jakiegoś działania swoistego upada samo przez się i nie wymaga żadnego dowodu. — W każdym więc razie nie spodziewam się wiele po zamierzonych próbach kol. Uhmy, o jakich wspomina, i ze swej strony nie mam potrzeby w tym względzie robić żadnych doświadczeń, gdyż tak metoda sama, jak i jej wyniki są dawno znane i nie przedstawiają nic szczególnego.

Dr. Tadeusz Mayzel.

W tej sprawie otrzymujemy prócz tego następujące pismo [1]):

Szanowna Redakcyo!

W odpowiedzi Drowi Uhmie oświadczam co następuje:

1) O używaniu rozczynu kwasu borowego w celach leczenia wiewióra przez kol. U. i innych jeszcze dwóch kolegów nie wiedziałem i wiedzieć nie mogłem, gdyż żaden z owych kolegów nie podał dotychczas do szerszej wiadomości tego sposobu leczenia. Jeśli wogóle cokolwiek na tem zależy, z chęcią zrzekam się prawa pierwszeństwa w tym względzie.

2) Kierowanie się termometrem uważam za konieczne, gdyż rozczyn nie ogrzany do 40° C. nie wywierał nigdy tych pomyślnych skutków w przebiegu choroby, co rozczyn właśnie o tej temperaturze.

3) Kolega U. ma zupełną słuszność twierdząc, iż przy pierwszem wprowadzeniu płynu dostaje się on i do pęcherza a wina błędnego przedstawienia rzeczy co do owego pierwszego aktu mej manipulacyi, jest po mojej stronie.

4) Co do używania kąpieli nasiadowych o temperaturze 32° R., to nie zaszła tu żadna pomyłka a kąpiele o temperaturze oddawały i oddają mi zawsze bardzo dobre usługi. Doc. Dr. Zarewicz poleca również chorym takie a nie inne nasiadowe kąpiele i nie uważa temperatury 32° R. za zbyt wysoką. Wreszcie muszę zaznaczyć, iż będąc dalekim od uważania metody przez siebie podanej za *universale specificum*, obserwowałem całkowite wyleczenie w tych nawet przypadkach, w których inne sposoby leczenia, jak wkraplanie (instylacye) aparatem Guyona, wprowadzenie pełnych sond i t. p., pozostawały bez skutku; i ta właśnie okoliczność była jednym z głównych powodów, iż postępowanie swoje podałem do wiadomości i oceny kolegów-specyalistów.

Sambor 31. października 1893.

Dr. Wojciech Chrząszczewski.

[1]) i na niem uważamy dyskusyę za wyczerpaną. (*Przyp. red. Przegl. lek.*).

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

Intubacya a tracheotomia.

Wobec groźnych przypadków zwężenia krtani w przebiegu dławca używano już od r. 1802 jako *ultimum refugium* tracheotomii, której udoskonaleniem i rozpowszechnieniem zajęli się zwłaszcza paryscy lekarze Bretonneau i Trousseau. Zbyt wielki procent śmiertelności (do 90%) po tej operacyi skłonił Bouchuta do użycia w 7 przypadkach dławca po raz pierwszy (1858) rurek, wprowadzanych do krtani, celem ułatwienia dostępu powietrza do płuc drogą naturalną. Metodę Bouchuta, zrazu zarzuconą, podjął dopiero w r. 1881 Mac Ewen a udoskonalił w ostatnich latach lekarz amerykański O'Dwyer.

Zachęceni odczytem Thierscha o intubacyi krtani (r. 1888) Ranke, Ganghofner, Biedert i Widerhofer wprowadzili intubacyę do swych oddziałów tak, że już do połowy r. 1890 ogłoszono ogółem 413 intubacyj z 34% wyleczenia, równocześnie 886 tracheotomij z 39·2% wyleczenia; w r. 1891, zaś wyleczono zapomocą intubacyi 40·5% na 365 przypadków, gdy przez tracheotomią równocześnie uratowano 34·3% na 237 leczonych. [1])

W r. szkol. 1890/91 wprowadzono w użycie intubacyę również i w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie i w 64 przypadkach dławca tą metodą leczonych uzyskano 40% wyleczenia [2]). Dodać należy, że w tejże klinice wykonano od r. 1876 do 1890 ogółem 396 tracheotomij z wynikiem dodatnim w 37·37%, w r. 1891 zaś tracheotomowano na 153 przyp. dławca krtani 71 razy z 21% wyleczeniami, intubowano zaś 82 razy z procentem wyleczenia 42·6% [3])

Świeżo ogłoszona praca statystyczna Rankego [4]) (w *Münch. med. Wchschr. Nr. 44)* podjęta w myśl uchwały zgromadzenia lekarzy w Heidelbergu (r. 1889) zestawia interesujące rezultaty leczenia intubacyą, zbiorowo za wspólnem porozumieniem się pedyatrów w oddziałach: Ganghofnera (w Pradze), Jakubowskiego (w Krakowie), Muralta (w Zurychu), Unterholznera (w Wiedniu) i Rankego (w Monachium). I tak zgłoszono się ogółem z leczonymi intubacyą a) w przypadkach błonicy pierwotnej:

w r. 1890	przyp.	277	wyleczonych	106	tj.	34·6%
„ 1891	„	326	„	139	„	42·6%
„ 1892	„	347	„	133	„	38·3%
„ 1892/3	„	374	„	138	„	36·9%

Czyli ogółem na 1324 intubowanych w l. 1890—93 wyleczono 516 tj. 39%. b) w przypadkach błonicy następowej:

w r. 1890	przyp.	49	wyleczon.	9	tj.	18·3%
„ 1891	„	17	„	5	„	29·4%
„ 1892	„	31	„	7	„	22·8%
„ 1892/3	„	24	„	6	„	25 %

czyli ogółem na 121 intubowanych wyleczono 27 tj. 22·3%; z liczby 1324 podali:

Ganghofner:	498 przyp. z % wyl.	48·6—28·6;	śred. 42·7%
Ranke:	368 „	„ 40·4—28·5;	„ 34·7%
Jakubowski:	165 „	„ 48·4—37·1;	„ 44·2%
Unterholzner:	164 „	„ 37·97—29·03;	„ 33·5%
Muralt:	106 „	„ 57·7—21·7;	„ 35·8%

Cyfry te świadczą wymownie o zmiennej złośliwości zapalenia krtani błoniczego tak w rozmaitych miastach, jak niemniej i w rozmaitych latach; ztąd wniosek, że do wyrobienia sobie należytego pojęcia o wartości intubacyi czy tracheotomii można dojść, uwzględniając przypadki w znacznej ilości a oraz obserwacyę ich przez lata.

Intubacyę stósowano przeważnie w zwężeniach krtani wysokiego stopnia, gdzie i tracheotomia byłaby już wskazana; nie przebierano też w przypadkach a intubowano nawet najmłodsze dzieci.

Dodatkową tracheotomią wykonano na 1324 intubowanych (w przyp. błonicy pierwotnej) 242 razy z rezultatem dodatnim w 20 przyp. (18·2%), na 58 zaś intubowanych przyp. błonicy następowej tracheotomowano 8 razy, zawsze z wynikiem ujemnym, co się tłómaczy w tych razach rozszerzeniem się sprawy błoniczej i na oskrzela, gdzie zatem i tracheotomia na niewiele przydać się mogła.

Do powyższego zestawienia należy doliczyć wynik leczenia Widerhofera (w Wiedniu), który przedstawił oddzielnie ze swego oddziału 147 intubacyj, 58 tracheotomij a 69 intubacyj z dodatkową tracheotomią, t.j. ogółem 274 przyp. z 53·28% wyleczenia. Ten tak pomyślny stósunkowo rezultat otrzymuje W. tym sposobem, że usuwa rurkę intubacyjną (*tubus*) na próbę już po 24 godzinach i wprowadza ją napowrót dopiero w razie wzmagania się niebezpieczeństwa, przyczem nieraz już po pierwszej intubacyi zyskuje wyzdrowienie; powtóre intubuje tylko 4—5 razy, poczem, jeżli ulgi widocznej nie ma, przystępuje wprost do tracheotomii.

Bokaj (w Peszcie) ogłosił 34% wyleczenia w 291 przyp. intubacyi, Schweiger zaś 44·2% wyl. w 70 przypadkach.

Ogółem statystyka intubacyj w Niemczech i w krajach ościennych dosięga cyfry półczwarta tysiąca, co najlepiej dowodzi uznania tej metody. Zyskuje ona rozpowszechnienie i w praktyce pozaszpitalnej, jak o tem świadczą przypadki Senffta (Bierstadt), Galattiego (Wiedeń) i t d. a ma znaczenie zwłaszcza tam, gdzie bądźto rodzice chorego dziecka wzdrygają się przed krwawą operacyą, bądź też, gdzie dla braku asysty lub należytej wprawy tracheotomii wykonać nie można a wreszcie wobec znacznej asfiksyi, wymagającej co rychlej pomocy o bezpośrednim skutku.

Co do tracheotomii, to sprawozdanie Rankego zaznacza w ciągu czterech lat 1118 przypadków pierwotnej błonicy ze zwężeniem krtani, z wyleczeniem w 38·9% (zatem tyleż co przez intubacyę), w 42 przyp. zaś błonicy następowej z 26% wylecz. (w intubacyi 22·3).

W tymże czasie (1890—93) wykonano w pierwotnej błonicy krtani 55 tracheotomij u dzieci jednorocznych, z których 3 wyleczono tj. 5·4%, 212 zaś tracheotomij u dwurocznych, z pomyślnym wynikiem w 25%. Odpowiednie cyfry dla intubacyi były: dla dzieci w 1 r. ż. 13·9% wyleczenia, w 2 r. zaś 32·3%.

Gdy zatem w powyższem zestawieniu 1324 intubacyj a 1118 tracheotomij procent wyleczenia jest niemal jednaki, to przy uwzględnieniu wieku intubacya w pierwszych dwóch latach życia bierze stanowczą przewagę nad tracheotomią. Uderza to tem bardziej, jeżeli się zważy, że gdy między 1118 tracheotomowanymi było dzieci jednorocznych 55 a dwurocznych 212, to na 1324 intubowanych wykazano 93 dzieci w 1 r. ż. a 285 w 2 r. ż., czyli intubowano w tym najmłodszym wieku znacznie więcej, niż tracheotomowano a mimo to wynik intubacyi nawet w tych pierwszych, o najgorszem wskazaniu, latach był korzystniejszy od rezultatów w tracheotomii.

Jak już powyższe, na wcale pokaźnych cyfrach oparte zestawienia przemawiają stanowczo na korzyść metody O' Dwyera, tak też zgodzić się trzeba z końcową uwagą Rankego, zresztą ogólnie już uznaną, że wyniki intubacyi jeszcze się polepszą przez racyonalne używanie czy intubacyi, czy tracheotomii a to stósownie do natury przypadków, czasu trwania choroby i jej przebiegu.

Przystępując więc do stósowania tych metod, trzeba zwrócić uwagę na następujące okoliczności [5]).

A) Po tracheotomii:

1) Powietrze przez kaniulę dopływające w większej nawet ilości, niż podczas zdrowia, wnosi ze sobą do tchawicy pył i drobnoustroje, drażni przeto błonę śluzową i osusza ją tak, że błony dławcowe stają się zbitsze i trudniej się oddzielają. Temu zapobiega się przez wziewanie płynów alkalicznych i antyseptycznych, które wszakże niedokładnie użyte pożytku nie przynoszą, używane zaś w nadmiarze zalewają oskrzela i sprowadzają zapalenie płuc zachłystowe. Błony w dławcu rozległym, zajmujące nietylko głośnię i krtań, ale też tchawicę i oskrzela, bywają niekiedy same wykrztuszane; w cięższych jednak przypadkach przylegają mocno do ścian przewodu oddechowego tak, że je trzeba usuwać przez aspiracyę lub mechanicznie kleszczykami.

2) Rana potracheotomijna sama przez się przedstawia pewne niebezpieczeństwa. Da ona się bowiem opatrywać przeciwgnilnie tylko od strony zewnętrznej, podczas gdy nie można zapobiedz tworzeniu się od strony wewnętrznej nalotów dławcowych czy błoniczych i nacieków zapalnych, przyłączeniu się róży, następowemu zapaleniu i ropieniu gruczołów, krwotokom z przeżartych naczyń i t. p. Gdy każde z tych powikłań przedłuża bieg choroby a nieraz zagraża istotnem niebezpieczeństwem życia, to z drugiej strony, nawet w najkorzystniejszych okolicznościach pozostaje na całe życie blizna, środek szyi szpecąca.

3) Kaniula sprawia odleżyny i w związku z niemi zostające owrzodzenia, krwotoki miąższowe, bujanie nadmierne ziarniny, bliznowate zwężenia światła tchawicy, obnażenie lub wgniecenie chrząstek tchawicy, obrzmienie i zgrubienie błony śluzowej poniżej więzadeł i t. p. rozliczne przypadłości, dla chorego bynajmniej nieobojętne, niekiedy dolegliwe a nawet nieraz wprost życiu zagrażające.

4) Usunięcie kaniuli nie w porę sprowadza ponowne duszenie się tak, że zachodzi potrzeba założenia kaniuli na nowo przez zwężony już otwór tracheotomijny, który nieraz dopiero rozwieraczem lub nożem trzeba rozszerzać.

5) Chorzy przyzwyczajeni do wdechania przez kaniulę znaczniejszej ilości powietrza, doznają jego braku po usunięciu kaniuli i duszą się, co zresztą ma niekiedy swoję przyczynę i w porażeniu więzadeł głosowych.

B) Po intubacyi:

1) Występuje zrazu mocny kaszel przez drażnienie ciałem obcem, jakiem jest wprowadzony *tubus*, który też nieraz chory wykrztusza; zwykle wszakże, zwłaszcza w przypadkach dławca, tylko do krtani ograniczonego, następuje wykrztuszenie błon przez *tubus* a przezto i widoczne polepszenie się oddychania; po kilku godzinach dzieci zupełnie dobrze przyzwyczajają się do rurki.

2) Dopływ powietrza przez *tubus* jest dostateczny a wpływające powietrze wilgotne i bez pyłu, nie osusza i nie zakaża błon śluzowych; dlatego też i inhalacye są tu zupełnie zbyteczne.

3) Tubus pozostawiają jedni w krtani do 10 dni, inni, jak Widerhofer, wyjmują go systematycznie raz na dobę, n. b. jeżli nie ma pod tym względem innego, naglejszego wskazania, jak np. duszenia się skutkiem zapchania *tubusa* błonami lub śluzem, kiedy to natychmiast rurkę wyjąć i oczyścić należy; wyjmuje się też *tubus* i w przebiegu choroby na parę godzin dla przekonania się o drożności przewodu oddechowego.

4) W przypadkach rozległego dławca chorzy doznają przez wykrztuszenie błon czasowo ulgi; nieraz wszakże światło rurki wypełnia się szczelnie oderwanemi błonami, lub też spycha je *tubus* ku dołowi i zatyka światło tchawicy. Duszność w takim razie występująca skutkiem nagromadzenia się błon, które nawet po wyjęciu *tubusa* nie zo-

stają wykrztuszone, stanowi *periculum in mora* i daje wskazanie do tracheotomii z rokowaniem zazwyczaj niepomyślnem.

5) Zresztą mogą chorzy rurkę bądź wykrztusić, bądź połknąć; wreszcie może się ona osunąć do tchawicy; w pierwszym razie intubuje się na nowo, względnie tracheotomuje; połknięcie *tubusa* nie sprowadza groźniejszych następstw a *tubus* odchodzi z kałem; wpadnięcie do tchawicy wymaga natychmiastowego usunięcia go za pomocą tracheotomii; zdarza się to jednak rzadko a łatwo mu zapobiedz przez uwiązanie *tubusa* na nitce, którą następnie przytwierdza się przylepcem na policzku.

6) Połykanie u intubowanych jest utrudnione, choćby z bezpośredniej alteracyi *tubusem* mięśni połykowych i zamykających głośnię; wzbudza ono obawę z powodu możliwości zachłyśnięcia się i następowego zapalenia płuc. Należy zatem podawać pokarm łyżeczkami dopiero w kilkanaście godzin po intubacyi, w położeniu na wznak, lub za pomocą zgłębnika żołądkowego, czy też w lewatywach; wreszcie rzadziej a w większej na raz ilości po wyjęciu *tubusa* z krtani.

7) *Tubus* wywołuje, acz rzadko, owrzodzenia odleżynowe i następowo nawet obumarcie chrząstek z przedziurawieniem przedniej ściany tchawicy; nie tyle przez ucisk, jak raczej skutkiem tarcia rurki przy ruchach połykowych i kaszlu przypadłości te powstają, zwłaszcza w zbyt wczesnym wieku, wobec komplikujących zakażeń ogólnych, odry lub płonicy, wreszcie zależą od stopnia samegoż zakażenia błoniczego.

Zważywszy nakoniec, że każda intubacya i ekstubacya jest dla chorego przykra a intubowany musi wobec tylu grożących sobie niebezpieczeństw pozostawać pod stałym nadzorem lekarza, wprawnego równie dobrze w intubacyi jak i tracheotomii, przychodzi się do ostatecznych wniosków, że:

a) Intubacya ma pierwszeństwo przed tracheotomią w przypadkach dławca ograniczonego do krtani i górnej części tchawicy.

b) W razie opuszczenia się sprawy dławcowej na dalszą część krtani i na oskrzela (*tracheobronchitis crouposa*) intubacya już nie wystarcza a konieczną jest tracheotomia.

c) Intubacya jest przeciwwskazaną wobec rozległej błonicy gardła z równoczesnem ogólnem zakażeniem, jak niemniej wobec powikłań dławca z odrą, płonicą, zapaleniem płuc; już nawet znaczny przerost migdałków sam przez się znacznie utrudnia rękoczyn.

d) U dzieci poniżej 2 lat intubacya jest trudna z powodu małej pojemności gardła, jak niemniej z obawy przed odleżyną, ze względu na utrudnienie karmienia a wreszcie niedostateczne odkrztuszanie i, co za tem idzie, nagromadzenie się wydzieliny w oskrzelach [6]).

e) Jeżeli po ukończeniu się sprawy dławcowej leczonej tracheotomią zachodzą trudności w usunięciu kaniuli, to intubacya dopełniczo użyta, ułatwia i kończy leczenie.

Metoda O'Dwyera nie usunie zatem w zupełności tracheotomii; niemniej jednak wyrobiła sobie równorzędne stanowisko z tracheotomią, którą też w niektórych przypadkach zastępuje lub uzupełnia, w innych zaś stanowczo przewyższa.

Dr. Leopold Kosiński.

Terapia.

Massalongo i Silvestri: Działanie lecznicze dyuretyny.

Autorowie wyrażają zdanie, zresztą już znane, że dyuretynę należy uważać za środek moczopędny a nie za działający na czynność serca. Działa ona na tkankę nerkową w ten sposób, że powiększa wydzielanie się moczu nawet wtedy, gdy mięsień sercowy nie oddziaływa na swoiste środki nasercowe. Dyuretyna nie wywiera wpływu bezpośredniego na czynność serca; powiększa wprawdzie ciśnienie krwi w tętnicach, dzieje się to jednak pośrednio wskutek powiększenia się dyurezy i zmniejszenia się obrzęków. Bardzo uderzającem jest działanie pomyślne dyuretyny w obrzękach w chorobach serca i nerek; natomiast słaby albo ujemny wpływ jej jest w marskości wątroby, wobec wysięków opłucnowych lub innych.

W dawkach 4—6 grm. nie sprowadzał lek ten żadnych szkodliwych objawów, jak n. p. białkomoczu, biegunki, wymiotów i t. d.

Działanie swe zawdzięcza dyuretyna głównie teobrominie, gdy drugi składnik, salicylan sodowy, służy tylko do ułatwienia rozpuszczalności i wessalności dyuretyny.

W pierwszych okresach niedomogi serca rozwija teobromina i salicylan sodowy słabe tylko działanie i ustępuje pod tym względem o wiele innym środkom nasercowym, jak naparstnicy i *strophantus;* dopiero w późniejszych okresach działa pomyślnie.

Z różnych postaci chorób serca, najlepiej działa dyuretyna w wadach zastawki dwudzielnej, mniej w wadach ujścia tętnicy głównej. W cierpieniach nerek otrzymuje się najlepsze skutki w ostrych postaciach zapalenia. (*Riforma medica. Nr. 58. 1893*).

Schinzinger: Loretyna (*loretinum*) nowy środek przeciwgnilny.

Przykra woń jodoformu i powstawanie sztucznych wyprysków na skórze po użyciu tego środka, skłoniły autora do podjęcia prób z loretyną, wyrabianą przez znaną fabrykę Meister Lucius i Brüning w Höchst n. M. Właściwa nazwa chemiczna tego nowego przetworu jest: kwas meta-jod-orto oksy-chinolin-ana-sulfonowy. Loretyna tworzy proszek krystaliczny, żółty, przypominający jodoform, jednakże zupełnie bezwonny. W wodzie i wyskoku rozpuszcza się trudno: w eterze i olejach jest nierozpuszczalna, natomiast tworzy z substancyami temi zawiesiny, które w pewnych celach bardzo dobre oddają usługi. Proszek loretyny czysty lub też zmięszany z magnezyą paloną nadaje się bardzo dobrze jako posypka na powierzchnię ranną i do wdmuchiwań. Jako kwas może loretyna łączyć się z tlenkami metali i tworzyć sole; sole alkaliczne są łatwo rozpuszczalne i mogą w 2—5% roztworze posłużyć do wymywań i okładów w miejsce kwasu karbolowego. Sól wapniowa nie rozpuszcza się w wodzie i dlatego używa się jej do wyrabiania gazy loretynowej w ten sposób, że gazę napojoną solą sodową loretyny zanurza się w roztworze chlorku wapniowego. S. używa gazy loretynowej do tamponowania.

Dokładne badania Schinzingera wykazały zupełną nieszkodliwość środka tego dla ustroju a badania bakteryologiczne wykonane przez Ammelburga będą osobno ogłoszone.

S. używa loretyny w postaci kolodyum, posypki, gazy i pręcików. Wyniki leczenia były bardzo pomyślne. Loretyna przyspiesza między innemi gojenie się róży, liszaja żrącego, rozległych oparzeń, czeraków i t. p. Z większych operacyj przytacza S.: częściowe wypiłowanie szczęki górnej, tracheotomie, artrektomie i w. i., w których używał loretyny z pomyślnym wpływem na gojenie się. (*Rozpr. Tow. przyrodn. i lek. niem. w Norymberdze. 1893. Osobne odbicie*).

B.

Choroby nerwowe.

Dantec: Nieznany dotychczas przypad histeryi.

D. zwraca uwagę na nieznany dotychczas przypad histeryi, t. j. czucie w barwach zbliżone do słyszenia w barwach.

Przypad ten znajduje się u histeryczek z całkowitą nieczulicą. Jeżeli się jej oczy zawiąże, widzi taka histeryczka barwę zieloną, gdy się ją szczypie. Czucie w barwach zmienia się według sposobu drażnienia: na ukłucie widzą chore kolor czerwony, na gorąco żółty.

---

[2]) [5]) Prof. Dr. M. L. Jakubowski. Porównanie wyników leczenia dławca za pomocą tracheotomii a intubacyi krtani metodą O' Dwyera. Referat odczytany na pos. sekcyi medycyny wewn. Zjazdu lek. w Krakowie r. 1891.

[1]) [3]) [6]) Dr. Stanisław Momidłowski. O intubacyi w dławcu. (*Przegląd lekarski* z r. 1892. Nr. 22. 23. 25.)

[4]) Prof. Dr. H. Ranke. Intubation und Tracheotomie nach dem Ergebniss der von der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde veranstalteten Sammelforschung. (Münch. medic. Wochenschr. r. 1893 Nr. 44.)

Kolor widziany za ukłuciem u tejże samej osoby nie zawsze bywa jednaki; innym razem widzą te chore niekiedy jedynie błyski.

Jeśli są tylko miejsca pewne pozbawione czucia, to czucie barw pojawia się tylko za zadrażnieniem tych miejsc nieczułych.

Barwa widziana bywa różna nie tylko u różnych osób, ale bywa różna i u tej samej osoby, według tego, czy się drażni skórę kończyny górnej czy dolnej.

D. oświadcza wyraźnie, że ten przypad histeryi nie występuje zaraz przy pierwszem badaniu, lecz dopiero po zwróceniu nań uwagi osób badanych, i że wymaga pewnej wprawy.

Luigo przeto sądzi, że wszystko to może być tylko skutkiem poddania czyli suggestyi.

W każdym razie rzecz zasługuje na dalsze badanie. (*La médecine moderne. 25. listopada. 1893*). *D.*

Gerhard: Kiła rdzenia pacierzowego.

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego berlińskiego odbytem w dniu 15. listopada b r. zdawał G. sprawę ze spostrzeżeń swoich, tyczących się kiły układu nerwowego a w szczególności związku między kiłą a chorobami rdzenia pacierzowego. Zestawiwszy właściwą literaturę, w której nie pominął także spostrzeżeń ogłoszonych przez Goldflama w Warszawie, opisuje G. 9 przypadków choroby rdzenia u osób dotkniętych kiłą. W dwóch przypadkach cierpienie tyczyło się kręgosłupa. G. zwraca uwagę, że zajęcie kręgosłupa następuje albo przez rozszerzenie się sprawy chorobowej z czaszki, albo z gardła, albo wreszcie, jak w jednym przypadku autora, po urazie. Co do treści przewodu kręgowego, może kiła zająć opony, naczynia, rdzeń lub korzonki nerwowe. Substancya nerwowa rzadko kiedy zajęta jest przez zmiany chorobowe; najczęściej ulegają im naczynia, głównie zaś tętnice. Pomijając wyczerpujący opis przypadów, zwraca G. tylko uwagę na: 1) zmienne zachowanie się odruchów ściegnistych, występowanie ich kolejne i znikanie, 2) występowanie analgezyi, którą spostrzegł pierwszy Fournier i 3) zajęcie połowicze t. zw. *hemilaesio medullae* Brown-Séquarda, którą G. uważa jako następstwo kilakowego (*gumma*) schorzenia rdzenia.

Zmiany kiłowe mózgordzeniowe mogą występować za życia pod postacią rozmaitych chorób np. wiądu rdzeniowego i innych. Czas, który upływa od zakażenia aż do wybuchu choroby układu nerwowego ośrodkowego, bywa różny; może wynosić kilka miesięcy a dochodzi niekiedy do 20 lat. Przechodząc do tylokrotnie omawianego związku etyologicznego pomiędzy kiłą a wiądem rdzenia, staje Gerhardt po stronie tych, którzy związek ten uważają za pewny, jakkolwiek tylko u 50% dotkniętych wiądem, wykazać można było na pewne zakażenie kiłowe. Leczenie przeciwkiłowe mimoto nie wydaje korzystnych rezultatów, co G. przypisuje tej okoliczności, że chorzy udają się zbyt późno po radę lekarską do kliniki i szpitalów. Praktyka prywatna może lepsze uzyskać wyniki, szczególnie gdy niewiele czasu upłynie od pierwszorzędnej zmiany kiłowej a chorzy dobrze są odżywieni.

W dyskusyi, która wywiązała się nad tym wykładem, Mendel i Senator popierali stanowczo wywody Gerhardta co do związku przyczynowego pomiędzy kiłą a wiądem, przyczem Senator zwrócił uwagę na okoliczność, że niekorzystne wyniki leczenia przeciwkiłowego wcale przeciw temu związkowi przyczynowemu nie przemawiają. Wiąd rdzenia nie jest wyrazem zmian kiłowych, lecz tylko następstwem kiły, która uczyniła rdzeń skłonnym do powstania w nim wiądu. Opierając się np. na bezskuteczności leczenia zwyrodnień skrobiowatych (*amyloid*) narządów wewnętrznych możnaby przeczyć istnienia związku między kiłą a tem zwyrodnieniem.

Jako przeciwnik etyologicznego znaczenia kiły dla wiądu rdzenia wystąpił Lewin. Virchow zaś oświadczył, że teraz nie można jeszcze orzec nic stanowczego pod tym względem. (*Deut. medic. Wochenschrift. 1893. Nr. 47.*). *Dr. Beck.*

Choroby oczne.

Dianoux: Cierpienia oka w chorobach zakaźnych.

Choroby zakaźne łączą się często z cierpieniami oka, które występują w trzech postaciach, t. j. jako *phlebitis*, *cyklitis* i *panophthalmitis*. Zakażenie następuje za pośrednictwem naczyń krwionośnych, gdy w cierpieniach mózgowych, zmieniających płyn mózgowo-rdzeniowy, infekcya odbywa się przez naczynia limfatyczne i nie sprowadza nigdy ropienia.

Phlebitis zdarza się najczęściej w rekonwalescencyi. Wzrok niknie albo bardzo upośledza się w miarę tego, czy główne naczynie, czy też jego gałązka zostanie zajętą. Przy tem niema ani bólu, ani nastrzykania, ani też światłowstrętu. Wziernik okazuje tutaj 2 rodzaje obrazów, t. j. mamy rozdęcie żyły przez długi czopek skrzepu, który prędko zmienia barwę i przybiera wejrzenie białej smugi, dzielącej się wraz z gałązkami naczynia. Czopek ten ulega prędko wessaniu i niknie. W innych przypadkach mamy obraz odmienny: dno oka pokryte wynaczynionkami rozległemi, na obwodzie tworzą się prawdziwe sadzawki krwi, jak po wynaczynionkach w ciąży. Plamka żółta bywa niezmienioną. Resorpcya wynaczynień postępuje bardzo szybko w porównaniu z wessaniem wynaczynień w przypadkach stwardnienia tętnic (*arteriosclerosis*) i po kilku miesiącach nawet śladu niema po nich. Tętnica bywa tak zwężoną, że trudno jej dostrzedz.

Druga postać, t. j. *cyklitis*, zdarza się albo podczas choroby głównej albo też dopiero w rekonwalescencyi. Różni się ta *cyklitis* znacznie od *cyklitis* urazowej już przez to, że albo wcale nie towarzyszą jej bóle, albo tylko nieznaczne. Zdaje się, jakby sam miąższ ciałka rzęskowego nie brał w zapaleniu udziału, lecz tylko przybłonek jego i że to on wypaca ciałka do cieczy wodnej i ciałka szklanego. Nastrzykanie rzęskowe jest barwy malwy bez nastrzykania spojówki a wreszcie zejście jest pomyślne, gdyż oko w końcu wraca do stanu prawidłowego, nigdy zaś nie ulega zanikowi, jak po *cyklitis traumatica*. Tak się rzecz ma, jeżeli głównym czynnikiem są mikroorganizmy mało ropotwórcze, jak n. p w tyfusie lub zapaleniu płuc, gdzie owe zarodki wstrzyknięte do przedniej komórki oka królika, wywołują tylko zaćmienie w ciałku szklanem a n. p. tyfusowe laseczniki równocześnie w jelitach kolonie typowe.

Jeśli jednak podstawą cierpienia pierwotnego są n. p. *streptococcus* lub *staphylococcus aureus*, wtedy cierpienie oka przybiera ten sam charakter i przebieg, jak gdyby infekcya nastąpiła z zewnątrz; zatem *chemosis*, mocne nastrzykanie spojówki, wysadzenie gałki ocznej i znaczne bóle świadczą o zapaleniu ropnem gałki. To zdarza się często w róży i gorączce połogowej. Tylko rzadkie są infekcye obustronne. Autor sądzi, że nasilenie zapalenia zależy po części i od natury zarazka, ale i od ilości, w jakiej do oka dostał się. Rozpoznanie tych trzech form za pomocą wziernika nie jest trudne. (*Annales d'oculistique. Septembre. 1893*).

M. E. Valude: Antypiryna jako środek leczniczy w pewnych postaciach zaniku nerwu wzrokowego.

Autor podaje jako nowy i skuteczny środek przeciw zanikowi nerwu wzrokowego wstrzykiwania podskórne antypiryny. Nie działa ona wprawdzie wcale na włókna nerwowe, ale działa na naczynia obwodowe, sprowadzając ich rozszerzenie. Ponieważ nerw wzrokowy ma także zrąb z tkanki łącznej, w której przebiegają naczynia, antypiryna rozszerzając je, ułatwia bardzo wessanie produktów pozapalnych tamże się znajdujących a równocześnie poprawia odżywienie włókien nerwowych przez to rozszerzenie naczyń. Dlatego autor ogranicza użycie antypiryny do form zaniku nerwu wzrokowego pozapalnych a wyklucza od tego leczenia zanik nerwu wzrokowego w wiądzie rdzenia oraz zanik wskutek ucisku, czy to wskutek guzów, czy też wynaczynień śródczaszkowych. Ponieważ jednak w początku zaniku nie wszystkie włókna znajdują się w jednym i tym samym okresie sprawy chorobowej, ale jedne może są jeszcze nienaruszone, drugie zaś już zanikają, dlatego też antypiryna nie może przywrócić zupełnej sprawności wszystkim włók-

nom, ale raczej zapobiega, by reszta zdrowych nie uległa zanikowi. Autor zaleca więc, by środka tego używać w tych razach i tych stopniach zapaleń nerwu wzrokowego, w których ustąpił stan zapalny, przetwory rtęci już nie działają a tarcza nerwu wzrokowego zaczyna przybierać barwę białą. Im później użyje się antypiryny, tem wątpliwszy będzie wynik leczniczy. Autor udowadnia kilkoma przypadkami, że bystrość widzenia w dal nie tyle się zwiększa, ile widzenia w pobliżu tak, że chorzy zupełnie dobrze oddawać się mogą pracy ocznej.

Do wstrzykiwań używa się rozczynu wodnego antypiryny: 1 gram na 2 gramy wody i zastrzykuje się co drugi dzień po 2 gramy a później i po 4 gramy tego rozczynu w okolicę lędźwiową lub miąższ łopatki; mały dodatek kokainy łagodzi nieco ból, który jest dość znaczny. Stósowanie to jest o wiele lepsze, aniżeli zadawanie wewnętrzne antypiryny, gdyż nie widziano tutaj nigdy ubocznych działań antypiryny, jak nudności, bólu żołądka, potów i t. p., które przy używaniu wewnętrznem całe leczenie dla pacyenta robią nader uciążliwem. (*Annales d'oculistique. Septembre. 1893*).

Dr. Brudzewski.

Choroby dzieci.

L. Unger: Dyetetyka i odżywianie dzieci.

Ustrój dziecięcy potrzebuje do wzrostu o wiele więcej stósunkowo materyj odżywczych (tłuszczu, białka, węglowodanów, soli i wody), niż ustrój dorosły, gdyż u osesków przemiana materyi odbywa się o wiele prędzej i więcej zużywa azotu a wydziela bezwodnika węglowego. Stósownie do szybkiej wymiany dobranych składników pożywczych, odbywają się czynności fizyologiczne przewodu pokarmowego. Błona śluzowa jamy ust, posiadająca już w pierwszych dniach życia oseska gruczoły ślinne i śluzowe, jest w pierwszych 3 miesiącach więcej sucha, lecz właściwy składnik śliny, t. j. ferment zmieniający skrobię w cukier i dekstrynę, istnieje już w pierwszych dniach; to też reakcya śliny jest słabo kwaśna lub obojętna; u starszych dzieci wydzielina większa, oddziaływanie wyraźnie kwaśne. Błona śluzowa żołądka noworodków okazuje w swych gruczołach wyraźne dwa rodzaje komórek: przybrzeżne i główne (*Belegzellen* i *Hauptzellen*). Sok żołądkowy osesków oddziaływa obojętnie lub kwaśno w obecności wolnego kwasu solnego lub bez niego; zawiera zwykle, lecz nie zawsze, wolny kwas solny, pepsynę lub pepsynogen i podpuszczkę, która stale już u noworodków znajdując się, wywołuje zserowacenie (*caseificatio*) mleka, choćby oddziaływanie soku było obojętne. Pepsyna z kwasem solnym, stale wydzielającym się podczas obecności treści pokarmowej w żołądku a wiążącym się z białkiem i solami, peptonizuje i rozpuszcza skrzepłe białko. Jak długo mleko zatrzymuje się w żołądku dziecka, to zależy od rodzaju pokarmu i wieku oseska; czas w pierwszych paru miesiącach wynosi, co najwięcej, $1^1/_2$ godziny, u starszych mlekiem krowiem karmionych do 2 godzin. — Peptony dostające się z żołądka do dwunastnicy i jelit ulegają dalszym zmianom pod wpływem żółci wydzielającej się u osesków w większej ilości, niż u dorosłych, i soku trzustkowego, zawierającego substancye trawiące białko (trypsynę), jakoteż tłuszcz, substancyę zaś, rozkładającą skrobię (*amylolytica*, cukier tworząca), dopiero od 2. miesiąca.

Wszystkie substancye białkowate mleka matczynego zostają przez soki przewodu pokarmowego oseska strawione, mleka zaś krowiego tylko w części strawione; reszta w grubych kiszkach ulega gniciu, przyczem powstają gazy i inne produkta aromatyczne, jak indol, fenol, skatol. Inne składniki materyału odżywczego nie zawierające azotu, jak cukier, ulegają częściowo jako takie wessaniu a z reszty powstają produkta rozpadowe takie, jak z węglowodanów: bezwodnik węglowy, kwas mlekowy, masłowy, wywołujące kwaśne oddziaływanie stolców.

Stolce osesków oddziaływają w stanie fizyologicznym słabo kwaśno i mają woń skwaśniałego mleka. W każdym stolcu dziecka znajdują się stale dwa znane rodzaje drobnoustrojów: *bacterium lactis aërogenes* i *bacterium coli commune*. Co do moczu, to ilość jego u osesków karmionych mlekiem matki jest większa, niż u żywionych mlekiem krowiem a ilość azotu w nim zawartego prawie o połowę mniejsza. (*Wien. med. Presse. Nr. 16 i 17. 1893*).

Dymitr Galotti: Badanie nowej mączki odżywczej dla dzieci.

Karmienie dzieci mączkami bez względu na to, jakiego do tego używa się surogatu, przed 6. miesiącem życia jest szkodliwe dla dziecka, gdyż dopiero koło tego czasu gruczoły ślinowe wydzielają ilość fermentu potrzebną do ich strawienia. Mączka Pruzmanna ma wielkie zalety przed innemi preparatami, gdyż:

1) sprzedawaną jest w papierowych puszkach, które po napełnieniu wyjaławia się w 120° C.

2) Co do składu chemicznego, to w porównaniu z innemi mączkami (Nestlego, Gerbera, Frericha, Löfflunda, Schustera wiedeńską) zawiera dwa razy tyle substancyj białkowych a znacznie mniej wodanów węgla. Te znaczne ilości ciał białkowatych przypisać należy temu, iż do mączki tej dodany jest aleuronat Bundhausena, który wedle badań Grubera i Kornautha jest bardzo łatwo strawny. Autor podawał mączkę tę dzieciom mającym od 7 miesięcy do 2 lat z bardzo dobrym skutkiem w formie kleikowatej: 1 łyżka na 6 lub wodnistej: 1 na 12 do 14 łyżek mleka. (*Archiv. für Kinderheilk. XV. B. V. i VI. H. 1893.*)

Dr. Komorowski.

Przegląd terapeutyczny.

— Na posiedzeniu Towarzystwa terapeutycznego paryskiego zdawał sprawę Dr. Main z doświadczeń porównawczych zrobionych przez siebie i Dra Lemańskiego w oddziele szpitalnym Dujardin-Beaumetza w przedmiocie wsysania leków przez żołądek i odbytnicę. Doświadczeń tych dokonano ze salicylanem sodowym, salolem, antypiryną, jodkiem potasu, terpentyną i błękitem metylenowym. Po przekonaniu się o prawidłowej czynności żołądka i nerek u osoby, na której robiono próby, zadawano jej naprzód przez jamę ustną ściśle oznaczoną dawkę leku. Gdy już zniknął zupełnie z moczu wszelki ślad zażytego leku, zadawano jej w postaci wydrążonego czopka (*suppositorium*) Kuglera w dwa lub trzy dni potem równą ilość tego samego leku.

Salicylan sodowy zadany przez żołądek okazuje się w moczu po 35, zadany zaś przez odbytnicę po 25 minutach. Antypiryna okazuje się w moczu w razie zadania przez żołądek po 40 a przez odbytnicę po 25 minutach.

Po zadaniu przez jamę ustną ukazuje się jodek potasu w ślinie po 15 minutach a zadany przez odbytnicę w moczu już po 10 minutach, przyczem atoli zwrócić należy uwagę, iż jodek potasu wywołuje po zadaniu przez odbytnicę bardzo przykry ból i że osoba, na której robiono te doświadczenia, ledwie zatrzymała sobie czopek.

Błękit metylenowy zabarwia mocz po zadaniu przez żołądek po 40 minutach a przez odbytnicę dopiero po 75 minutach.

Salol zażyty przez żołądek okazuje się w moczu po 30 minutach, zadany zaś przez odbytnicę dopiero po 4 godzinach, co tem się tłómaczy, że salol rozkłada się w przewodzie pokarmowym tylko pod wpływem alkalicznego soku trzustkowego.

Olejek terpentynowy zażyty przez żołądek już po 45 minutach nadaje moczowi znanej woni fiołkowej, zadany zaś przez odbytnicę nigdy tego nie robi.

Również nie ulega żadnemu wessaniu olejek santałowy, który zresztą wywołuje zapalenie odbytnicy.

Z doświadczeń tych opisanych szczegółowo w rozprawie inauguralnej Dra Lemańskiego wypada, że można wiele leków zadawać przez odbytnicę i że tylko niektóre z nich całkiem nie ulegają wessaniu, tudzież że w ogólności zgodnie z poszukiwaniem Demarquaya wessanie jest szybsze przez odbytnicę, niż przez żołądek.

(*Bulletin général de Thérapeutique. 9. 1893.*)

— Brocq w Paryżu poleca następujący sposób wcierania szaruchy:

Pierwszego wieczora chory namydliwszy sobie dobrze łydkę lewą, przy pomocy wody ciepłej a następnie obsuszywszy ją wciera w nią 3 do 4 gramów szaruchy, na co potrzebuje kwadransa czasu i obwija ją następnie flanelą na całą noc. Następnego dnia rano oczyszcza ją starannie wodą z mydłem.

Następnego wieczora robi się toż samo z udem lewem, 3 go wieczora z udem prawem, 4 go z łydką prawą a następnie rozpoczyna się nową kolej wcierań w ten sam sposób. Skoro pod wpływem tych wcierań zaczerwieni się skóra, należy wcierań zaprzestać na kończynach dolnych a przenieść się z niemi na klatkę piersiową i ramiona.

O ile można, należy dążyć do tego, by chory sam sobie wcierał szaruchę i pochylony ku przodowi trzymał głowę ponad miejscem wcierania, gdyż w ten sposób pewna część rtęci unosząc się w powietrzu dostaje się do dróg oddechowych.

Tak robi się wcierania przez 8 dni z rzędu; następnie pauzuje przez 6 dni i znowu robi wcierania przez 8 dni. Przez cały ten czas chory zażywa jodek potasu tak, iż cały okres tego leczenia trwa 22 dni, poczem, jeżeli tylko wcierano szaruchę starannie, zwykle przekonać się można o znakomitem polepszeniu.

Jeżeli ma się używać rtęci i jodu wewnętrznie, najlepiej przepisywać każde z nich osobno, do czego nadają się formuły następujące, oczywiście ze zmianą dawki w miarę potrzeby:

Rp. *Liquoris van Swieteni* . *30·00*
Elixirii paregorici [1]) *2·00*
MDS. Zażywać rano po łyżce stołowej z mlekiem.

a dla jodku potasu:

Rp. *Kalii jodati* *40·00*
Aquae dest. *160·00*
DS. Po łyżeczce od kawy (t. j. po gramie jodku potasu) podczas jedzenia.

Jeżeli niektórzy chorzy nie znoszą samego jodku potasu, znoszą go nieraz z arsenianem sodowym a wtedy można użyć następującego przepisu:

Rp. *Kalii jodati* *20·00*
Natrii arsenicici *0·02*
Ttrae belladonnae guttas 30
Aquae destil. *80.00*

I w tym rozczynie łyżeczka od kawy zawiera gram jodku potasu (obok miligrama arsenianu sodowego).

— Poszukiwania Laplaca, Hammera i innych dowiodły, że przez połączenie kilku środków antyseptycznych otrzymuje się nieraz nowe ciało o działaniu antyseptycznem o wiele dzielniejszem, niż każdy składnik z osobna.

Na tej zasadzie Christmas i Respaut przekonali się przez staranne doświadczenia, iż środkiem bardzo dzielnym a dla ustroju nieszkodliwym jest mięszanina:

Rp. *Acidi carbolici* *8·00*
Acidi salicylici *1·00*
Olei menthae anglicanae guttas 10

Wodny rozczyn $^1/_2$ % tej mięszaniny zabija mikroby ropy zwykłej, ropy niebieskiej, błonicy i duru, rozczyn $^1/_2$ ‰ zabija po 30 sekundach lasecznika wąglika a zatem jest 5 razy mocniejszy od czystego kwasu karbolowego. Plwociny gruźlicze są wyjałowione po 15 minutach rozczynem 1‰. Mocz gnijący wyjaławia się po 5 minutach przez zmięszanie z tym rozczynem. Do wyjaławiania śliny i błony śluzowej jamy ustnej wystarcza rozczyn $^1/_2$ %.

Środek ten, zdaniem wymienionych autorów, w razie potrzeby stósownie zmieniony, może oddać w praktyce znakomite usługi. (*Revue illustrée de Polytechnique médicale et chirurgicale. 30. listopada. 1893*).

[1]) Środek napotny i kojący zawierający kwas bedźwinowy (*acidum benzoicum*), szafran, olejek anyżowy, makowiec i płynny amoniak.

Notatki terapeutyczne.

Dumas przekonał się (równie jak wielu przed nim) o skuteczności akonityny w newralgiach nerwu troistego (*nervi trigemini*), w migrenie, bólu nerwowym międzyżebrowym, gośćcu stawowym ostrym. Ponieważ akonityna działa bardzo energicznie, trzeba ją zadawać w dawkach nadzwyczaj małych (po $^1/_5$ miligrama) w postaci przetworu zupełnie pewnego, jakim jest azotan akonitynowy krystaliczny francuski Duquesnela. Dumas zaczyna od trzech dawek dziennie a dochodzi co najwięcej do sześciu po $^1/_5$ miligrama.

Sprawozdawca *Przeglądu lek.* przekonał się również już dawniej o skuteczności akonityny w newralgii nerwu troistego a przepisuje ją tak:

148) Rp. *Aconitini nitrici cryst. Duquesneli*
centigrma unum
Solve in
Aquae destil. s. q.
Dein adde
Exti et pulv. radd. liquiritiae
(*vel rhei* w razie potrzeby)
āā q. s.
M. exactissime.
F. l. a. pill. nro quinquaginta.
S. Rano, w południe i wieczór po pigułce zażywać.

Przeciw łuszczycy (*psoriasis*) zaleca się kwas chryzofanowy z gutaperką w rozczynie chloroformowym sporządzonym według przepisu:

149) Rp. *Acidi chrysophanici* *10·00*
Solve in
Chloroformii *90·00*
Misce cum solutione
Guttaperchae *10·00*
in
Chloroformii *90·00*

Na łuszczycę zaś skóry pokrytej włosami zaleca się obmywania gąbką napojoną płynem:

150) Rp. *Boracis venetae* *5·00*
Aquae coloniensis *10·00*
Aquae fontis *250·00*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie III. dnia 5. listopada 1893.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 11.

1) Po próbach co do rozpuszczalności i dokładności wyrobu kapsułek z węglanem kreozotowym fabryki chemiczno-farmaceutycznej *Hygea* mag. farm. Maryana Zahradnika w Złoczowie, dokonanych przez Dra M. Piątkowskiego, uchwalono przedstawić Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu, by i te kapsułki, które równie, jak inne przez fabrykę tę wyrabiane a już poprzednio przez Towarzystwo lekarskie krak. polecone, swą elegancyą i ścisłością wyrobu stoją na wyżynie techniki farmaceutycznej, zaliczyć do rzędu przetworów leczniczych krajowych godnych polecenia. (Wniosek ten Towarzystwo lekarskie krakowskie zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 22. listopada 1893.).

2) Na podstawie prób rozpuszczalności i dokładnego badania sposobu fabrykacyi a co do pastylek nitroglicerynowych także na podstawie należytego działania farmakologicznego, wykazanego sfigmografem i pletysmografem, o którem przekonali się Drowie Ludomir Korczyński i M. Piątkowski, uchwalono przedstawić Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu, jako polecenia godne następujące wyroby mag. farm. F. Sobierajskiego aptekarza w Krakowie: pastylki z nitrogliceryną (po 0·001), pigułki ocukrzone z kreozotem (po 0·05) i z gwajakolem (po 0·05), perełki ocukrzone z arsenianem sodowym (po 0·001)

i takież perełki ze strychniną (po 0·001). Wyroby te odpowiadają w zupełności wszelkim wymaganiom techniki farmaceutycznej. (Wnioski te Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 22. listopada 1893.).

3) Uchwalono za pośrednictwem Dra A. Wachtla, delegata komisyi przemysłowo-lekarskiej we Lwowie, postarać się, ażeby przetwory krajowe polecone przez Towarzystwo lek. krakowskie, zyskały poparcie także ze strony Tow. lekarskiego galicyjskiego.

4) Zastanawiano się nad wyrobem w kraju wyciągu mięsnego, któryby zastąpił wyciągi mięsne dotychczas z zagranicy sprowadzane, nad wyrobem chleba dla chorych cierpiących na moczówkę cukrową, wreszcie nad produkcyą mydła szarego i przetworów manganowych.

5) Przyjęto do wiadomości pięć świadectw lekarskich i weterynarskich nadesłanych przez zarząd mleczarni w Gnojniku za czas od 16. maja do 2. listopada 1893 r. i dziesięć takichże świadectw nadesłanych przez zarząd mleczarni w Śledziejowicach za czas od 31. maja do 1. października 1893 r.

Sekretarz komisyi przem. lek. *Dr. Michał Śliwiński.*

VI. W jaki sposób należy uczyć się chemii lekarskiej?

Napisał

Dr. med. Eugeniusz Kozierowski,
asystent katedry chemii w Uniw. lwowskim.

(Dok. Patrz Nr. 49.)

W ten sposób doszliśmy do końca tak, że dla obeznanego z chemią organiczną tyrozyna nie przedstawia obecnie żadnych wątpliwości ani co do budowy, ani co do miejsca, jakie jej przypada w systematyce chemicznej. Inaczej jednak rzecz się ma z tym, który nie znając chemii ogólnej a chcąc poduczyć się chemii lekarskiej, przyszedł do laboratoryum i otrzymał to ciało. Wiedzieć może tylko tyle, że otrzymał jakieś kryształki podobne do setek innych kryształków; wie dalej, że ciało otrzymane jest kwasem para-oksy-feniloamidopropionowym. Po za to nic więcej. Czy te wiadomości objaśniają cokolwiek i czy zaspokoić mogą pracownika, o tem wątpię. Przy najusilniejszej dalszej pracy i poszukiwaniach niczego on się więcej nie dowie, dopóki nie zrozumie, co to są połączenia p a r a, co znaczy słowo o k s y, co to jest k w a s p r o p i o n o w y, co są w ogóle kwasy, jaka ich budowa i pochodzenie. Aby jednak to wiedzieć, trzeba znać prawie całą chemię organiczną. Przytoczony przykład jest jednym z prostszych; cóż więc dopiero mówić o ciałach trudniejszych do otrzymania i o zawilszej budowie, które tak często znajdujemy w organizmie ludzkim. Niech ten jeden przykład wystarczy na poparcie twierdzenia, że do chemii lekarskiej brać się nie warto i nie można nie mając odpowiednich podstaw praktycznych i teoretycznych. Kto postępuje przeciwnie, ten łudzi się sam i naraża się na stratę czasu. Z naciskiem to powtarzam, gdyż wiem, że właśnie tak robi wielu.

Od chemii lekarskiej odróżnić jednak trzeba analizę chemiczno-lekarską. Jestto poddział chemii zostający w najściślejszym związku z kliniką.

Wielu zadawalnia się chęcią nauczenia się tylko analizy chemiczno-lekarskiej czyli poznania systematycznego biegu rozbioru moczu, treści żołądka, kału, wypocin i przepocin, mleka, żółci, kamyków żółciowych i moczowych i innych przypadkowych badań potrzebnych do rozpoznania i wpływających na leczenie chorego.

Dojście do tych wiadomości ze zrozumieniem przedmiotu jest dla nieobeznanego z chemią ogólną i właściwemi jej manipulacyami, także rzeczą niemożliwą; analiza bowiem chemiczna polega w zupełności na własnościach ciał, które przeto trzeba znać dokładnie, nadto zaś posługuje się tak trudnemi i licznemi manipulacyami, że przedstawia sama dla siebie przedmiot bardzo rozległy. Dla nieobeznanego więc z chemią ogólną analiza chemiczno-lekarska ograniczyć się musi do kilku zaledwie badań, które na palcach wyliczyć można. Oznaczenie obecności białka, cukru, kwasu solnego, ocenienie okiem zwiększenia lub zmniejszenia się ilości chlorków i fosforanów, kilka innych drobnych spostrzeżeń, oto już może wszystko, co pozostanie. Pozostało zaś tyle, że zakonnica szpitalna lub posługacz po pewnym czasie służby zastąpić mogą lekarza w tych badaniach. Tym, którzy na tak ograniczonych wiadomościach poprzestać nie chcą, chciałbym dać kilka wskazówek i podać podręczniki, według których mogą pracować z korzyścią.

Aczkolwiek powtórzyć muszę to, co wyżej powiedziałem, że analizy chemiczno-lekarskiej w obszerniejszem słowa tego znaczeniu bez należytych podstaw traktować nie podobna, to z drugiej strony uznać muszę, że również niepodobną byłoby rzeczą, aby każdy pragnący pewnych wiadomości chemicznych ze względu na swą praktykę, poświęcał drogi czas na gruntowną i długą pracę w zakresie chemii ogólnej. Musi się więc koniecznie znaleźć jako tako znośny punkt wyjścia. Między lekarzami odróżnić więc trzeba takich, którzy dla praktyki li tylko z analizą obeznać się pragną, od tych, co chcą traktować chemię lekarską jako umiejętność potrzebną do poważniejszych celów naukowo-klinicznych. Pierwsi znajdą po drodze bardzo wielkie często trudności i wątpliwości a praca ich musi pozostać powierzchowną, bez naukowego zrozumienia przedmiotu i manipulacyj chemicznych. Przyczyną zaś tego jest sama natura przedmiotu stanowiącego jednolitą, nierozerwalną całość. Pomimo tego praca ich nie pozostanie bez korzyści dla kliniki, szpitala lub praktyki prywatnej, bo aczkolwiek pozbawiona podstaw naukowych, drogą więcej mechaniczną doprowadzić często może do wyników mających ważny wpływ na rozpoznanie i leczenie choroby.

Jako ułatwienie i pomoc w tej pracy polecić można jedyne w swoim rodzaju a przed paru zaledwie miesiącami wydane dziełko, pióra Salkowskiego, profesora chemii lekarskiej w Berlinie, pod tytułem: *Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie.* Dziełko to liczy 314 stron druku w 8-ce, jest napisane, o ile można, przystępnie i zawiera w sobie prawie wszystko to, co może być potrzebne klinikom. Przy pomocy tego dziełka i wskazówek praktycznych i teoretycznych chętnego dyrektora pracowni można w kilku miesiącach zapoznać się z najpotrzebniejszemi manipulacyami chemicznemi i można wykonywać analizy dla praktycznego lekarza potrzebne. Powtarzam jednak, że ta praca pozostać musi mechaniczną i często bez zrozumienia przedmiotu.

Dla tych, którzy chcą chemię lekarską traktować choćby trochę obszerniej i umiejętniej, droga ta byłaby nie wystarczającą a przebywanie w laboratoryum nad jakąkolwiek pracą chemiczno-lekarską czasem straconym. Jeśli mają być owoce z pracy, to praca sama musi być systematyczna, gruntowna. Składać się mianowicie powinna z części praktycznej i teoretycznej. Co się tyczy pierwszej, to na zawsze pozostanie jedyną drogą praca w laboratoryum, praca systematyczna i dokładna. Zacząć należy od analizy jakościowej

ciał prostych i złożonych. Następnie przejść trzeba do analizy ilościowej wagowej i miareczkowej. Potem nastąpią spalania czyli analiza elementarna ciał organicznych połączona z oznaczeniem wielkości molekularnych. Podczas tego dla ćwiczenia wykonywać trzeba syntezy ciał nieorganicznych i organicznych. Po przejściu tych szczebli można podjąć się z korzyścią jakichkolwiek badań i pracy wchodzącej w zakres chemii lekarskiej.

Pozwolę sobie przytoczyć podręczniki, które dla głównych prac w laboratoryum są konieczne a zarazem wystarczające: *Podręcznik do analizy jakościowej Dra Juliana Schramma. Handbuch der quantitativen Analyse von Dr. Alex. Classen.* Co się tyczy teoretycznego studyum chemii lekarskiej, to je poprzedzić musi nauka chemii organicznej. Dziś jest ona ułatwioną przez ukazanie się podręcznika Dra Weyla: *Lehrbuch der organischen Chemie für Mediciner.* Z podręczników chemii lekarskiej polecić można nowe dzieło wydane przez profesora Hammerstena w Upsali: *Lehrbuch der physiologischen Chemie.* Tłómaczenia na język niemiecki dokonał sam autor. Książka ta ma tę zaletę, że łączy w sobie studyum chemii lekarskiej teoretycznej z dokładnemi wskazówkami do ćwiczeń praktycznych w laboratoryum.

Pragnąłbym, aby tych kilka uwag wynikłych z własnego i innych doświadczenia, znalazło uznanie w gronie uczących się i wpłynęło korzystnie na plan przedsięwziętych lub rozpoczętych nauk.

VII. Wiadomości bieżące.

— Otrzymujemy następujące pismo:

Komitet jeneralny IX. międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Rzymie zawiadamia, że wskutek zmiany terminu otwarcia Zjazdu, artykuły I. i II. regulaminu ulegają następującej zmianie:

I) Zjazd XI. międzynarodowy będzie otwarty w Rzymie 29. marca 1894 r. a zamknięty 5. kwietnia 1894 r.

II) Referaty mające być przedstawione na kongresie muszą być zapowiedziane do 31. stycznia 1894. Z tytułem przesłać należy do jeneralnego sekretarza krótki wyciąg i wnioski z każdego referatu; te wnioski będą wydrukowane kosztem biura i rozdane członkom Zjazdu.

Referaty zapowiedziane po 30. czerwca 1893 r. będą zaznaczone w programie tymczasowym gwiazdką. Tamże będą umieszczone tytuły referatów dawniej zapowiedzianych, których tekst ogłosiły pisma naukowe po odwołaniu terminu Zjazdu.

Towarzystwa kolejowe zgodziły się na to, iżby upusty przyznane członkom Zjazdu były ważne na czas od 1. marca do 30. kwietnia 1894 r.

Karty legitymacyjne prześle Sekretaryat główny każdemu członkowi wprost przed 15. lutego 1894 r. Osoby do tego czasu nie zapisane mogą się zgłaszać do Komitetów miejscowych.

Pierwsze wydanie tymczasowego programu, zawierające wszystkie szczegóły odnoszące się do Zjazdu i listę referatów zapowiedzianych do 15. listopada wyjdzie z druku.

Nadto zwraca się uwagę członków Zjazdu na następujące paragrafy regulaminu:

§ 2. W pracach kongresu będą mogli brać udział wszyscy lekarze, którzy dostali karty uczestnictwa.

§ 3. Doktorowie innych Wydziałów również będą mogli korzystać z praw uczestnictwa w zapowiadaniu odczytów lub w dyskusyi.

§ 4. Taksa za uczestnictwo wynosi 25 franków i daje prawo do egzemplarza sprawozdania Zjazdu, które będzie rozesłane zaraz po wyjściu z druku.

§ 17. Osoby interesujące się pracami pewnej sekcyi a nie wymienione w § 3., dostaną za złożeniem należytości równej, jak i członkowie Zjazdu, osobną kartę od przewodniczącego Zjazdu, dającą im także prawo do egzemplarza Sprawozdania; głosu jednak ani w ogólnych, ani w sekcyjnych posiedzeniach zabierać nie mogą.

§ 18. Studenci medycyny mogą być obecni jako zwykli słuchacze za okazaniem osobnych kart, rozdawanych bez taksy przez Przewodniczącego.

Członkowie Zjazdu mogą dostać w biurze Sekretaryatu głównego kart podróży dla żon i członków dorosłych rodziny. Za wpisanie ich należy się taksa po 10 franków.

Wszelkie opłaty uiszczać należy przekazem lub czekiem na ręce skarbnika prof. Paglianiego (Ministeryum spraw wewn. w Rzymie).

Wszystkich, którzy chcą brać udział w Zjeździe, uprasza się o jak najwcześniejsze zgłaszanie się do *jeneralnego Sekretarza XI. Zjazdu międzynarodowego w Genui.*

— W dniu 26. listopada przypadała 400. rocznica urodzin Paracelsa czyli właściwie Teofrasta z Hohenheimu, jednego z najznakomitszych bez wątpienia lekarzy na końcu wieków średnich, który jako profesor pierwszy zaniechał łaciny w swych wykładach, uprościł przepisywanie leków, nauczył badać i postrzegać objawy chorobowe i pierwszy uznał jedność i nierozdzielność medycyny wewnętrznej i chirurgii.

— Berlińskie kasy wsparcia chorych, reprezentujące przeszło 300000 osób pracujących, niezadowolnione ze szpitala publicznego Charité, jego urządzeń, leczenia i obchodzenia się w nim z chorymi, wyznaczyły komisyą, która przedstawiła dyrekcyi tego szpitala cały szereg żądań, oświadczając, iż w razie ich niespełnienia ze szpitala owego wcale korzystać nie będą. Żądania te tyczą się między innemi opuszczenia ubikacyj pod względem higienicznym szkodliwych, poprawienia wentylacyj i ogrzewania, dania lepszej służby szpitalnej, przyjacielskiego traktowania chorych, usunięcia karności wojskowej i tonu koszarowego, zaprowadzenia lepszego wiktu, rychlejszego niż teraz wykonywania poleceń lekarskich, zupełnej swobody chorych pod względem służenia do wykładów i demonstracyj, bezwarunkowej wolności wstępu do szpitala dla przełożonych kas wsparcia i robotniczych komisyj kontrolujących. — Dla nowej Charité żądają kasy wsparcia traktowania chorych wenerycznych zupełnie na równi z innymi chorymi, oddzielenia chorych przez policyę dostawionych, wykonywania operacyj ze wszystkiemi ostrożnościami przez dzisiejsze stanowisko nauki wskazanemi i z użyciem wszelkich środków do kojenia bólu podczas operacyj.

Jak sama *Berl. klin. Wochschr.* oświadcza, nie ma wątpliwości, że między temi żądaniami są niektóre nawet bardzo słuszne, ale również i to pewna, że znajdują się między niemi i takie, na które, jak n. p. swobodę przenoszenia się chorych wenerycznych, wolność służenia lub niesłużenia do celów klinicznych i w ogólności naukowych, przystęp osób obcych, jak owych przełożonych kas wsparcia, w każdej chwili wolny do szpitala, nigdy ze stanowiska lekarskiego zgodzić się nie będzie można.

— Rozporządzenie sultańskie nadaje prawo do praktyki lekarskiej w Turcyi kobietom.

— Jak donosi *Medycyna,* wyjdzie w roku przyszłym w polskim przekładzie jednego z współpracowników tego pisma dzieło F. Wesenera *Medicinisch-klinische Diagnostik.*

— Znany przemysłowiec, obywatel szwedzki Alfred Nobel ofiarował na rzecz zakładu dla medycyny doświadczalnej w Petersburgu 10000 rubli.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Londynie Dr. Clay, który w roku 1842 wykonał pierwszą owaryotomią. W Warszawie w dniu 9. b. m. Dr. Mikołaj Jaxa Bykowski w 74. roku życia. W Samarze starszy lekarz tamecznego szpitala gubernialnego ziemskiego Dr. Antoni Kulesza, urodzony w Grodnie, w 59. roku życia.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego d. 6. b. m. złożyli na ręce prezesa kwotę 26 złr. na przewiezienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego koledzy: prof. Dr. Jakubowski 5 złr., prof. Bujwid 2 złr., Dr. Buszek 2 złr., Dr. Szymkiewicz 2 złr., Dr. Murdzieński 2 złr. a Drowie Ściborowski, Świątek, Zanietowski, doc. Sroczyński, doc. Trzebicky, Beck,

Słapa, Marcisiewicz, prof. Rosner, prof. Rydel, prof. Jordan, prof. Browicz, Rościszewski po jednym złr.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 20 go grudnia b. r. o godzinie 6 tej po południu posiedzenie zwyczajne w sali Śniadeckich (*Collegium novum* I. piętro). Porządek dzienny: Wybory urzędników Tow. na rok następny.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Izba lekarska w Krakowie.

Odezwa.

Powołując się na § 2 ustawy z dnia 2. grudnia 1893. o zaprowadzeniu Izb lekarskich opiewający: „**Każdy lekarz,** *do wykonywania praktyki lekarskiej uprawniony, z wyjątkiem osób w § 15 wzmiankowanych, o ile wyraźnie nie zrzecze się wykonywania praktyki, podlega postanowieniom ustawy niniejszej,* **winien zgłosić się do Izby lekarskiej,** *w której okręgu ma stałą siedzibę, uwiadamiać ją o zmianie mieszkania w przeciągu dni 14*“, wzywam niniejszem uprzejmie wszystkich P. T. lekarzy, w okręgu Izby lekarskiej krakowskiej stałą siedzibę mających a w szczególności P. T. lekarzy zamieszkałych w mieście Krakowie i w 31 powiatach politycznych Galicyi zachodniej, aby najpóźniej do końca b. r. zgłosili się do Izby lekarskiej.

Zgłoszenie to należy uskutecznić pisemnie, przesyłając rodowód obejmujący następujące szczegóły:

Rodowód:

1) Imię i nazwisko.
2) Miejsce i data urodzenia.
3) Wyznanie i stan.
4) Stopień naukowy z podaniem Uniwersytetu i daty otrzymania dyplomu.
5) Miejsce stałego pobytu i przynależności do gminy.
6) Miejsce czasowego pobytu (lekarz zdrojowy).
7) Podanie wyłącznej lub przeważnej gałęzi specyalnej zawodu (internista, chirurg, ginekolog, okulista...).
8) Zajmowane posady stałe: rządowe, krajowe lub prywatne z podaniem wysokości rocznej płacy (profesor Uniwersytetu, prymaryusz szpitala, lekarz miejski...).
9) Godności i urzędy honorowe (burmistrz, radca miejski...).
10) Odznaczenia honorowe (tytuły rządowe i odznaczenia autonomiczne...).

Data i podpis własnoręczny.

Rodowód w sposób powyższy na półarkuszu zestawiony należy przesłać na ręce podpisanego prezesa Izby lekarskiej w Krakowie (Podwale, Nr. 10).

Kraków dnia 16. grudnia 1893 r.

Prezes Izby lek. w Krakowie
Prof. Dr. Jakubowski.

L. 1093.

KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 1. grudnia b. r. L. 63,215/893 rozpisuje się konkurs na posadę **prosektora** przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr. w. a. z prawem do 3 pięcioletnich dodatków po 200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;
b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya w dziale patologicznej anatomii i naukowe prace w tym kierunku dokonane;
c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 15. stycznia 1894 r. włącznie na ręce Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Lwów, dnia 7. grudnia 1893 r.

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego:

140—4—1 *Dr. Głowacki.*

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. L. 533.

Do Wielmożnego Pana

Mag. farm. Maryana Zahradnika

w Złoczowie.

Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego zawiadomiona pismem Wgo Pana z d. 8. czerwca 1893 r. o wyrabianiu w fabryce kapsułek leczniczych „Hygea“ także kapsułek z węglanem kreozotowym, poddała kapsułki te a mianowicie zawierające w sobie po 0·10, 0·20, 0·30 i 0·50 węglanu kreosotowego, jak niemniej kapsułki zawierające po 0·10 węglanu kreozotowego i 0·20 morrhuolu ścisłemu badaniu. Badanie to wykazało tak należytą czystość użytych leków, jakoteż bardzo staranne wykonanie kapsułek i rychłą rozpuszczalność w soku żołądkowym.

To też Towarzystwo lekarskie krak. w myśl uchwały powziętej na posiedzeniu w dniu 22. b. m. na wniosek swej Komisyi przemysłowo-lekarskiej orzekło, że kapsułki z węglanem kreozotowym z laboratoryum chemiczno farmaceutycznego „Hygea“ w Złoczowie czynią w zupełności zadość wszelkim wymogom techniki farmaceutycznej i zasługują na wszechstronne polecenie w przypadkach, w których wskazane jest używanie węglanu kreozotowego.

Tem samem przysługuje Wielmożnemu Panu prawo używania na swych wyrobach kapsułek z węglanem kreozotowym napisu „polecone przez Towarzystwo lekarskie krakowskie“, tak samo, jak to do innych kapsułek i perełek leczniczych wyrobu Wgo Pana przyznane zostało przez Towarzystwo lekarskie krakowskie uchwałami poprzedniemi z dnia 4. grudnia 1888. L. 323, z dnia 12. lipca 1890. L. 352 i z dnia 10. kwietnia L. 384.

Towarzystwo lekarskie krakowskie stwierdzając ponownie, że wyroby laboratoryum chemiczno-farmaceutycznego „Hygea“ czynią prawdziwy zaszczyt krajowemu przemysłowi aptekarskiemu, zachęca równocześnie Wielmożnego Pana, ażeby starał się o dalszy rozwój swej pracowni i rozpowszechnienie swych wyrobów poza granicami kraju.

Kraków dnia 23. listopada 1893 r. 139—1—1

Wiceprezes Tow. lek. krak. **Doc. Dr. Rudolf Trzebicky.**

Prezes Komisyi przem.-lek. **Prof. Dr. Edward Korczyński.**

Sekretarz Komisyi przem.-lek. **Dr. Michał Śliwiński.**

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. **W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.**

Rok XXXII. Kraków, 23. Grudnia 1893. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 1. Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81. Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-ym Stycznia 1894 rok trzydziesty trzeci swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym, co teraz formacie, w objętości 1½ arkusza na tydzień jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim są płatne.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

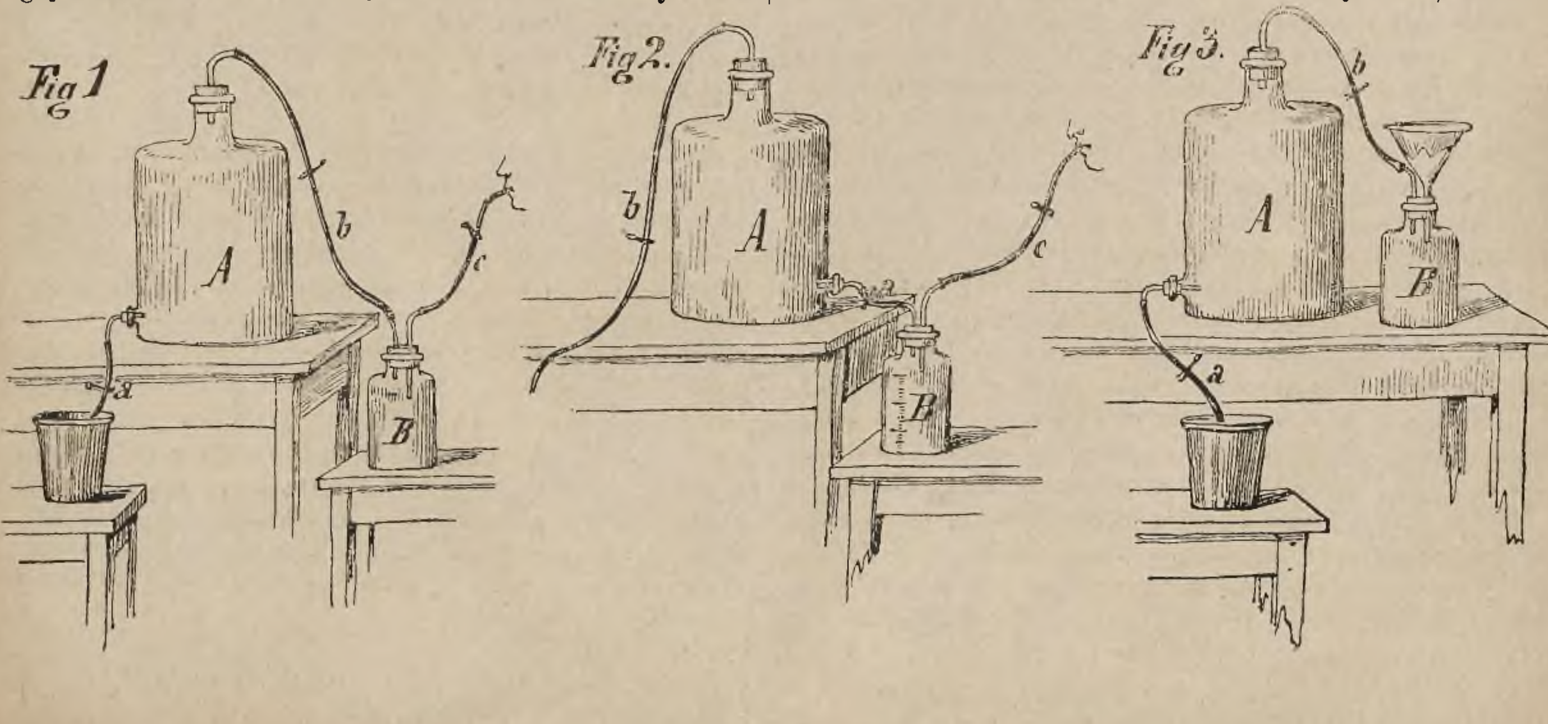
I. O pobocznych zastósowaniach aspiratora Jaworskiego.

Napisał

Dr. med. Eugeniusz Kozierowski,

asystent katedry chemii w Uniw. lwowskim.

Z wielu przyrządów aspiracyjnych używanych w celu leczenia i rozpoznawania chorób żołądka najwięcej rozpowszechnił się, u nas przynajmniej, aspirator pomysłu Jaworskiego, czyli pompa ssąca stósownie zmodyfikowana. Za granicą mało ma wzięcia, mniej niż na to zasługuje, ja jednak w domowem ambulatoryum jej tylko używam w przekonaniu, że najbardziej ze wszystkich modyfikacyj odpowiada celowi. Nadto z poniżej przytoczonych uwag i załączonej ryciny przekona się czytelnik, że przyrząd ten może mieć jeszcze inne ważne w medycynie zastósowania, przez co tem większej nabiera wartości. Ponieważ o tych pobocznych zastósowaniach dotychczas nie czytałem ani nie słyszałem, uwa-



żam je przeto za własny pomysł i w tem tylko przekonaniu ogłaszam. Celem łatwiejszego zrozumienia modyfikacyj aspiratora Jaworskiego, służących do innych celów, muszę opisać naprzód sam przyrząd. Przedstawia go rycina pierwsza, z opuszczeniem jednakże pomocniczej, widełkowatej rurki. Opuszczam ją zaś umyślnie, bo aczkolwiek ma ona znaczenie pomocnicze w leczeniu chorób żołądka, nie jest jednak istotną częścią przyrządu a nadto w modyfikacyach jego, o których mówić zamierzam, jest zupełnie zbyteczną.

Aspirator żołądkowy Jaworskiego składa się z flaszki mniej więcej dziesięcio litrowej *A* o mocnych ścianach i dwóch otworach, jednym górnym, drugim bocznym przy podstawie. W obu otworach tkwią korki, dokładnie do ścian przylegające a więc najlepiej kauczukowe, z otworami w środku, przez które przechodzą rurki szklane o przekroju 1—2 cm., łukowato lub pod kątem zagięte. Na rurki te są nasadzone dreny kauczukowe, szczelnie je obejmujące. Dren *a*, nasadzony na rurkę tkwiącą w korku dolnym, spada do naczynia znajdującego się poniżej, dren *b* połączony z rurką w korku górnym umieszczoną, łączy się drugim końcem z flaszką *B* mniejszą, mocną, zawierającą koło dwóch litrów, także zapomocą rurki przeprowadzonej przez otwór korka kauczukowego. W tymże korku jest otwór drugi z drugą taką samą rurką, połączony z drenem *c*. Rurki przeprowadzone przez korek flaszki *B* powinny być jaknajdalej od siebie a końce ich wewnątrz flaszki w różnym poziomie; w przeciwnym bowiem razie płyn spływający drenem *c* do flaszki *B* zamiast w niej się gromadzić, mógłby dostać się do drenu *b* i dalej, co w obec próżni tworzącej się podczas działania przyrządu łatwo zdarzyć się może.

Funkcya aspiratora jest następująca: Flaszka *A* jest w całości napełniona wodą; zaciskadło na drenie *a* zamknięte. Jeśli teraz dren *c* połączy się ze sondą żołądkową tkwiącą już w żołądku a zaciskadło na drenie *a* otworzy, to woda z flaszki *A* spływać pocznie do zbiornika poniżej umieszczonego. W miejsce spływającej wody wstępuje powietrze przez dren *b* z flaszki *B*, przez dren *c* ze sondy żołądkowej i żołądka. W miarę dalszego ubywania wody we flaszce *A*, powietrze w całym aparacie rozrzedza się znacznie, przez co treść żołądkowa powoli w sondzie podnosić się zaczyna a z chwilą, gdy się już dostanie do dolnych części drenu *c*, spływa coraz raźniej, gdyż oprócz rozrzedzenia powietrza wpływa na jej postęp ku flaszce *B* siła, na której opiera się urządzenie lewara. W odpowiednim czasie zamyka się zaciskadło na drenie *a* a dren *b* odłącza się od sondy żołądkowej. We flaszce *B*, pozostaje treść czysta lub rozrzedzona.

Takim jest aspirator żołądkowy i jego zadanie. O wskazaniach i przeciwskazaniach do użycia jego i o przepłukiwaniu żołądka mówić nie będę; to bowiem nie wchodzi w zakres niniejszej pracy; natomiast przystąpię do pierwszej jego modyfikacyi przedstawionej na rycinie drugiej. Widzimy tu ten sam przyrząd; zestawienia jednak obu flaszek dokonano zapomocą innych drenów, przez co i działanie całego przyrządu jest odmienne. Dren *b* jest odłączony od flaszki *B* i otwarty wolno spada. Flaszka *B* jest obecnie połączona z flaszką *A* zapomocą drenu *a*, dren *c* łączy się ze sondą żołądkową a ta z żołądkiem poprzednio opróżnionym. Jeśli otworzymy zaciskadło na drenie *a*, to woda z flaszki *A* zacznie spływać do flaszki *B* a przypływ jej możemy dowolnie regulować zapomocą zaciskadła na drenie *a*. W miarę napełniania się wodą flaszki *B*, powietrze uchodzi z niej drenem *c* i sondą do żołądka i wydyma go; ilość wody nagromadzonej w *B*, którą odczytać możemy na podziałce umieszczonej na flaszce, daje nam miarę ilości powietrza, wepchniętego do żołądka, a więc miarę pojemności jego. Sposób ten okazał mi się bardzo wygodnym. Za pomocą niego można podczas sondowania żołądka, nie wyjmując nawet sondy z ust chorego, badać pojemność prawidłową i patologiczną narządu, oznaczać dolną jego granicę, badać guzy żołądka, odróżniać je od guzów w sąsiednich narządach i dowolnie regulować ilość wpychanego powietrza. W chwili zaś, gdy chory czuje prężenie i ból, można natychmiast wypuścić powietrze przez odłączenie drenu *c* od sondy żołądkowej. Łącząc następnie flaszki tak, jak to przedstawia rycina pierwsza, otrzymujemy pierwotny przyrząd, zapomocą którego na tem samem posiedzeniu wykonywać możemy żądane procedury, jako to przepłukiwanie żołądka lub badanie treści jego po poprzedniem wlaniu wody i t. d. Użytek z opisanej modyfikacyi możemy mieć jednak wtedy tylko, jeśli nie ma u badanej osoby niedomykalności wpustu lub odźwiernika, przez coby wpychane do żołądka powietrze mogło uchodzić do jelit lub napowrót obok sondy do przełyku. Zmiany te są jednak tak rzadkie, że ich brać pod uwagę nie ma potrzeby. Przyrządu tak zestawionego używać także można do wydymania jelita, n. p. w celu uwidocznienia i odgraniczenia guzów brzusznych. W tym razie trzeba dren *c* złączyć z sondą przeznaczoną do odbytnicy. Zdarzyć się może czasem, że sondę tak silnie obciśnie mięsień wpustu żołądka lub odbytnicy lub że okienka sondy zatkają się do tego stopnia, że ciśnienie wody we flaszce *A* nie wystarcza do pokonania oporu. Woda w tym razie mimo otwarcia zaciskadła *b* przestaje płynąć, przez co nie powiększa się ilość powietrza w żołądku lub jelicie grubem. Przeszkodę tę usunąć można zwiększając parcie we flaszce *A* zapomocą mocnego wdmuchiwania powietrza ustami przez dren *b*.

Nad wartością i krytyką metod służących do oznaczania dolnej granicy i wielkości żołądka zastanawiać się tutaj nie będę; natomiast czuję się w obowiązku zwrócić uwagę, że mamy przyrząd pomysłu Jaworskiego pod nazwą wolumometru żołądkowego, polegający na zupełnie tej samej zasadzie, jak modyfikacya aspiratora, którą opisałem. Przyrząd ten ma jednak tę niedogodność w porównaniu z opisaną przeze mnie modyfikacyą, że służy tylko do jednego celu tak, iż nie można z pomocą jego tak wygodnie i łatwo za jednym zachodem i za pomocą tegoż samego przyrządu oznaczać pojemności żołądka, przepłukiwać go lub aspirować jego treść.

Druga modyfikacya aspiratora Jaworskiego ma na celu przyspieszenie i ułatwienie przesączenia cieczy trudno się sączących, do których bardzo często zaliczyć należy treść żołądka, różnego rodzaju patologiczne mocze, treść torbieli, krew i t. d. W zakładach chemicznych znajdują się w tym celu osobne pompy, z których pomocą ciecze gęste, obfite w osady, lub rozkładające się w wyższej ciepłocie, szybko i wygodnie destylować lub przesączać można pod zmniejszonem ciśnieniem; w klinikach jednak lub w małych pracowniach lekarzy praktycznych przyrządy te nie mogą znaleźć zastósowania; sądzę więc, że wobec coraz częstszych styczności klinik i lekarzy z procedurami chemicznemi, proste zmodyfikowanie przyrządu, już dzisiaj znajdującego się w każdej klinice i u wielu lekarzy, ułatwi znacznie czynności wyżej

przytoczone. Modyfikacyę aspiratora, jako przyrządu przyspieszającego przesączanie cieczy, przedstawia rycina trzecia. Różnica jest tylko ta, że do otworu w korku flaszki *B*, gdzie poprzednio umieszczono rurkę połączoną z drenem *c*, wstawia się lejek szklany z gładkim sączkiem. Do sączka wlewamy płyn, który chcemy przesączyć. Po otwarciu zaciskadła na drenie *a* woda z butelki *A* spływać zaczyna do zbiornika niżej ustawionego. W miarę jej ubytku rozrzedza się powietrze we flaszce *A*, drenie *b* i flaszce *B*, czego naturalnem następstwem jest prędsze przesączanie się cieczy. Uważać tylko trzeba, aby cały sączek był wilgotny i aby dokładnie przylegał do lejka. W przeciwnym razie powietrze łatwo przeciskać się może pomiędzy lejkiem a sączkiem do flaszki *B*, przez co nie uzyskamy w aparacie rozrzedzenia się powietrza a tem samem i prędkiego sączenia się płynu.

Na tem kończę opis dwóch modyfikacyj aspiratora Jaworskiego, zastósowanych do dwóch różnych celów, oprócz tego, który mu sam autor przeznaczył. Mam nadzieję, że niejeden z kolegów spróbować raczy ich wartości.

II. Przypadek nacieku na czole po zażyciu jodku potasu.

Podał

Leon Rutkowski, lekarz w Płońsku.

Umieszczona przed kilkoma miesiącami w *Przeglądzie Lekarskim* praca Dra Szadka: O o s u t k a c h j o d o w y c h zwróciła baczniejszą moją uwagę na obserwowany przeze mnie przypadek, który wydał mi się podobnym do przypadku Dühringa z tą jednak różnicą, że oprócz prostego nacieku na czole po zażyciu jodku potasu ukazało się jednocześnie kilka zmian w narządach innych. Ponieważ w tym względzie zbyt mało mam praktyki, podaję więc swoję obserwacyę jako materyjał surowy, spodziewając się, że Szanowny Autor dopiero co wspomnianej pracy lub ktokolwiek inny z doświadczeńszych Kolegów sprostuje moje domysły, jeżeli okażą się mylnemi.

21. marca 1893 roku zwrócił się do mnie o radę dwudziestokilkoletni mieszkaniec Płońska N. N., z zawodu stelmach. Przy badaniu okazał się pacyent dobrze zbudowanym i dosyć dobrze odżywianym blondynem, z miernie rozwiniętą tkanką tłuszczową, z grubą bladawą skórą, rozlaną szeroką twarzą, z ruchami powolnemi, z limfatycznem więc, według wyrażenia się dra Szadka, usposobieniem. Zmian żadnych w narządach wewnętrznych i na skórze, z wyjątkiem niżej przytoczonych, odnaleść nie mogłem. Na bóle chory nie skarżył się; poważniejszych chorób w przeciągu ostatnich sześciu lat, podczas których mogłem go obserwować, nie przechodził; czy zaś chorował ciężko dawniej, objaśnić mnie nie umiał.

Chory zwraca moję uwagę na maleńkie około wędzidełka po lewej stronie główki prącia owrzodzenie, mające trwać od kilku dni, a które pokazało się podobno na 3. dzień po ostatniem spółkowaniu; przy wywiadywaniu jednak okazało się, że pacyent miał stósunek i przed 3 tygodniami z jakąś podejrzaną pod względem zdrowia osobą. Wymienione owrzodzenie było wrzodem stwardniałym. Gruczoły pachwinowe były powiększone, niebolesne. Zapisałem do przemywania owrzodzenia rozczyn sublimatu 1 : 2000 a choremu poleciłem odwiedzać mię co kilka dni. W połowie kwietnia owrzodzenie zagoiło się; gruczoły pachwinowe, w które wcierano szaruchę, zmniejszyły się znacznie, inne zaś gruczoły limfatyczne powiększały się stopniowo. W końcu maja chory, ostrzeżony co do ukazania się objawów wtórnych, przyszedł do mnie, skarżąc się na nieznośny ból gardła i na zaczerwienienie błony śluzowej, obejmujące podniebienie miękkie; zaleciłem mu pomazywanie gardła rozczynem azotanu srebrowego. W końcu czerwca a więc po upływie trzech miesięcy, licząc od ukazania się wrzodu pierwotnego, wystąpiła różyczka, co mię skłoniło do zalecenia 28 wcierań szaruchy po dwa gramy. Po kuracyi gruczoły limfatyczne zmniejszyły się, zapalenie gardła ustąpiło, chory czuł się podmiotowo bardzo dobrze; wkrótce jednak, bo 5. sierpnia, wskutek zmęczenia i nadziębienia, według podania, pacyent mój znów zaczął doznawać, nieznacznych wprawdzie, dolegliwości ze strony gardła oraz nieokreślonego uczucia zmęczenia w kolanach. Gdy zalecony nanowo azotan srebrowy nie wywarł żadnego skutku, poradziłem choremu 13. sierpnia używać jodku potasu (6.0 na 180·0, 3 razy dziennie po łyżce stołowej). Wkrótce potem, bo 4. dnia, podczas zażywania jodu, to jest 17. sierpnia, pacyent, jak sam podaje, miał mieć podobno znaczną gorączkę i doznawać *obolenia* w całem ciele do tego stopnia, że całą dobę zmuszony był przeleżeć w łóżku; jednocześnie z gorączką wystąpił mocny katar, łzawienie, lekki i nieczęsty kaszel, bóle nieokreślone, jakby w żebrach a szczególniej w okolicy mostka i około kręgosłupa, bóle w jądrach; nieokreślone uczucie zmęczenia w stawach kolanowych nabrało cech mocnego bólu. Podczas badania klatki piersiowej, chory skarżył się na uczucie bólu, powiększające się za uciskaniem mostka, chrząstek żebrowych i okolic stawów żebrowo-kręgowych, oraz stawów kolanowych, miernie obrzmiałych. Narządy wewnętrzne klatki piersiowej oraz jamy brzusznej wyraźnych zmian nie okazywały. Oglądając mosznę, spostrzegłem niezbyt wielkie ich opuchnięcie zależne, jak się okazało po szczegółowem obmacywaniu, od obrzmienia zapalnego przyjądrzy, z których lewe wykazywało wyraźne już stwardnienie wielkości orzecha tureckiego. Na czole w okolicy prawego guza a właściwie nieco na wewnątrz od niego dostrzedz się daje płaski naciek, o nieregularnych obrysach, mający w górnej, ku włosom zwróconej swej części $2^1/_2$ cm. a w dolnej 2 cm. długości, szerokości zaś, licząc z góry na dół, $1^3/_4$ cm.; wysokość nacieku dochodzi zaledwie do $1^1/_2$ mm. Na tym, wklęsłym nieco ku środkowi nacieku zauważyłem do 13 słabo zarysowanych, okrągławych, sinawo zabarwionych wyniosłości, odbijających od bladego zabarwienia reszty skóry nacieku. Naciek ten nie sprawia choremu żadnych dolegliwości i staje się bolesnym tylko za mocniejszym uciskiem. Ze względu na bóle w stawach zaleciłem choremu 8 proszków *natr. salicyl.* po 0·6, (3 proszki dziennie); jodek potasu usunąłem, jądra zaś kazałem nosić w suspensoryum. 27. sierpnia przy oględzinach chorego jądra wraz z mosznami okazały się rozmiarów prawidłowych, przyjądrze lewe bez zmiany, w prawem zaś takież same stwardnienie, jak i w lewem; bolesność w przyjądrzach tylko za uciskiem. Co do nacieku na czole, to ten nietylko się nie zmniejszył, ale nawet stał się wyraźniejszym; sinozabarwione, okrągłe, wielkości prosa krostki obecnie były wydatniejsze, ułożyły się przytem przeważnie ku obwodowi nacieku, wklęsły zaś środek od nich był wolny. Bóle w kolanach i żebrach ustąpiły prawie zupełnie. Chory bledszy, niż zwykle, wygląda, jakby przeszedł jakąś ciężką chorobę gorączkową. 1. września bóle ustąpiły zupełnie, naciek na czole i stwardnienie przyjądrzy bez zmiany. Chory ze względów familijnych wyjechał do Warszawy.

Rozważając przypadek niniejszy, możnaby zapytać się, czy objawy, które wystąpiły u N. N. 17. sierpnia a mianowicie: naciek na czole, bolesność i stwardnienie przyjądrzy, bóle w żebrach, a właściwie w stawach żeber i powiększenie się bólu w kolanach, uważać należy za objawy, które wystąpiły wskutek działania jodku potasu, czy też za objawy przypadkowo tylko współczesne z użyciem jodu? Podług mego zdania związek dopiero co przytoczonych objawów z użyciem jodku potasu jest, co najmniej, bardzo prawdopodobny, gdyż podług zeznania chorego i podług mojej obserwacyi wystąpiły one 1) w czasie, w którym podług

Dra Szadka zwykły występować objawy zależne od jodku potasu, 2) wystąpiły w towarzystwie zwykłych objawów działania jodu, to jest wraz ze łzawieniem, katarem, z ogólną niemocą a nawet i gorączką, (która też może towarzyszyć objawom pojodowym), 3) ponieważ po odstawieniu jodu zaczęły się zmniejszać i ostatecznie ustąpiły (wątpię, aby po kilku proszkach salicylanu sodowego) z wyjątkiem stwardnienia przyjądrzy i nacieku na czole. Co do tego ostatniego, to znów się powołam na pracę Dra Szadka, podług której raz sformowane nacieki prędko nie ustępowały, wymagały nawet czasami interwencyi noża. Pominąwszy powiększenie bólów w kolanach i ukazanie się ich w stawach żebrowych, które mógłbym sobie wytłumaczyć wpływem jodu na błony maziowe, wyrażającem się w prawdopodobnym napływie krwi i w zwiększeniu się wydzieliny, najbardziej mię zastanawia w danym przypadku zajęcie przyjądrzy, robiące na mnie wrażenie zapalenia wiewiórowego, tylko o bez porównania mniejszem natężeniu pierwotnych objawów zapalnych; zaręczyć jednak mogę, że ani podczas kuracyi ostatniej, ani też bezpośrednio przed nią pacyent mój wiewióra nie przechodził; cewka moczowa była zupełnie prawidłowa, niebolesna, wydzieliny żadnej; jądra i przyjądrza przed zażyciem jodu zupełnie prawidłowe. Nie wiedząc ostatecznie, czy zajęcie przyjądrzy uważać za sprawę, związaną z cierpieniem głównem, czy też z działaniem jodu, poszukałem odpowiedniego rozdziału w farmakologii Nothnagla i Rossbacha, lecz dowiedziałem się tylko, że największą stósunkowo ilość jodku potasu przyjmują nerki, ślinianki, płuca a może i jądra, jakoteż, że rozciąganie działania jodku potasu na jądra zdaje się, że opiera się jedynie na urojeniu; dalszy ciąg rozdziału objaśniał wprawdzie, że mówiąc o działaniu, autorzy myślą tylko o zmniejszaniu się jąder pod wpływem jodu.

III. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał

Dr. Jan Prus we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49.)

Z powyższych tablic okazuje się, że pobudliwość nerwów i mięśni tak względem prądu stałego, jak indukcyjnego jest w ogólności znacznie zmniejszona w porównaniu do liczb, jakie średnio otrzymano oznaczając elektryczną pobudliwość nerwów i mięśni u osób zdrowych. Po stronie prawej jest niemal we wszystkich nerwach i mięśniach pobudliwość faradyczna i galwaniczna więcej zmniejszona, niż po stronie lewej. W nerwach kończyn dolnych pobudliwość jest w wyższym stopniu upośledzona, niż w kończynach górnych. Splot barkowy okazuje najwybitniejszą różnicę pomiędzy stroną prawą a lewą, na niekorzyść strony prawej. W nerwie dodatkowym Willizyusza prawym jakkolwiek jest lepsza pobudliwość galwaniczna, niż po stronie lewej, to przecież pobudliwość faradyczna w tym nerwie jest więcej upośledzona po stronie prawej, niż lewej. Zmian jakościowych w pobudliwości nerwów nie wykazano; natomiast w niektórych mięśniach znaleziono zmiany jakościowe jużto pod formą przewagi skurczu za zamknięciem anody, jużteż pod formą powolnego, leniwego, przeciągłego skurczu mięśnia (co w tablicy uwidocznionem jest przez dodanie poziomej kreski do liczby). M. kapturowy okazuje po obu stronach częściowe oddziaływanie zwyrodnienia (ilościowo: obniżenie pobudliwości galwanicznej i faradycznej, jakościowo: leniwy skurcz i Sk Zm An $>$ Sk Zm Ka). Na odnodze górnej pewna część mięśni, symetrycznie po obu stronach, okazuje również częściowe oddziaływanie zwyrodnienia (*m. deltoideus*, *biceps*, *supinator longus*, *flexor pollicis longus*, *extensor carpi radialis longus et brevis*, *extensor carpi ulnaris*). W mięśniach kończyn dolnych jest wybitne obniżenie pobudliwości galwanicznej i faradycznej (w *m. quadriceps*, *gastrocnem.* i *tibialis antic.*, znaczniejsze po stronie prawej, niż lewej).

Aby u naszej chorej naszkicować cały obraz chorobowy w grubych zarysach, podaję w krótkości, że choroba rozpoczęła się przed 8 laty osłabieniem mięśni barkowych po stronie prawej, mocnemi bólami rozpromieniającemi się wzdłuż kości ramieniowej prawej, wytworzeniem się rany w okolicy kostki wewnętrznej na nodze lewej, (podobnej do *mal perforant*), następnie na kostce zewnętrznej u nogi prawej i tworzeniem się mnóstwa ropni mało bolesnych na opuszkach palców obu rąk. Następnie chora zaczęła stopniowo tracić czucie w rękach, doznawała często pieczenia i bólów w kończynach górnych, bólów w karku ze zesztywnieniem lub ubezwładnieniem przemijającem mięśni karkowych. W tym czasie pojawiało się trętwienie języka z utrudnieniem mowy i wypadanie zębów. W końcu spostrzegła chora zmniejszenie się ostatniej falangi u małego i u czwartego palca (zanik) nogi lewej i stopniowo wzmagające się zniekształcenie palców, głównie z powodu skrócenia falang i częściowego unieruchomienia stawów między falangami oraz zesztywnienie w stawach nadgarstkowych i w stawach łokciowych, jak niemniej utrudnienie chodu. Z objawów, które przedmiotowem badaniem obecnie można wykazać, wymienić należy: zmiany odżywcze w kończynach górnych (skrócenie i częściowy zanik falang), zgrubienie końców kości śródręcza, unieruchomienie bardzo wielu stawów i plamy białe na skórze grzbietu rąk (z powodu zaniku warstwy brodawkowej skóry), zanik paznogci, zanik różnych mięśni, przeważnie wyprężaczy palców i mięśni ramieniowych, z objawami częściowej reakcyi zwyrodnienia, upośledzenie czucia temperatury i czucia bólu a mianowicie częściowe zniesienie czucia na rękach i na ramieniu, oraz powiększenie się kół czuciowych Webera i upośledzenie czucia ruchu obok utrzymania czucia ucisku i czucia mięśniowego, zboczenia naczynio-ruchowe w kończynach dolnych (rozszerzenie się drobnych żyłek, marmurkowanie skóry), niedowład mięśni kończyn górnych, utrudnienie chodu, zniesienie odruchów kolanowych, upośledzenie odruchów ściggnistych w mięśniach kończyn górnych, upośledzenie pobudliwości mechanicznej w mięśniach wyprężających palce u rąk obok nieznacznego powiększenia się pobudliwości mechanicznej w mięśniach zginających palce rąk i w mięśniach ramieniowych i przytępienie odruchów skórnych. Szmer skurczowy nad komórką lewą i rzężenia w płucach, cechujące niedomykalność zastawki dwudzielnej i nieżyt oskrzelowy, bynajmniej tu w rachubę nie wchodzą.

Wobec tak wybitnego obrazu chorobowego, możnaby zaiste sądzić, że zbyteczną jest rzeczą silić się na wyliczanie tych chorób, któreby mogły choć w przybliżeniu przedstawiać podobny zbiór objawów, jak w naszym przypadku i że każdy, kto tylko cokolwiek zaznajomił się z przypadkami opisywanemi pod nazwą choroby Morvana, musi niewątpliwie prawie na pierwszy rzut oka rozpoznać chorobę Morvana u naszej chorej. Z uwagi jednak na wspomniane już różnice

w zapatrywaniach się na przyrodę choroby Morvana, uważam sobie przede wszystkiem za obowiązek rozpoznać i odróżnić od innych chorobę w tym przypadku a pomijając na razie zupełnie spór co do związku tej choroby z syryngomyelią i trądem, naprzód starać się będę odpowiedzieć na pytanie, czy przypadek ten można istotnie uważać za chorobę Morvana w tem znaczeniu, jakie Morvan nadaje chorobie przez siebie opisywanej.

Z chorób, które na pierwszem miejscu przy rozróżnianiu tej choroby wyliczyć należy, wymieniam naprzód s k l e r o d a k t y l i ę.

Jak wiadomo, sklerodaktylię uważają francuscy autorowie (Ball, Hallopeau, Dufour, Lepine, Tenneson) za pewną odmianę sklerodermii, gdy Kaposi (*Pathol. u. Ther. der Hautkr. 4. Aufl. 1893 Str. 643*) tych chorób za jedno nie uznaje. Według autorów francuskich są trzy formy sklerodermii: 1) *sclérodermie hypertrophique diffuse* lub *scl. oedemateuse* (Hardy) lub *sclérémie* (Besnier) 2) *sclérodermie en plaques*, 3) *sclérodermie des extrémités* lub *sclérodermie mutilante*.

W pierwszej formie skóra jest zgrubiała na znacznym obszarze, twarda, gładka, lśniąca, nie daje się we fałd ująć; słowem przedstawia obrzęk deskowato twardy, który pod palcem nie pozostawia dołka. Jeżeli przez sprawę chorobową zajęta jest twarz, to wyraz jej jest sztywny, bez zmiany pod wpływem wrażeń (*masque sclérodermique).* Przez skrócenie skóry nos jest ścieńczały, usta zmniejszone a mogą być tylko niedostatecznie otwarte. Na kończynach sadowi się sprawa chorobowa najczęściej po stronie wyprężaczy. Gdy zajętą jest skóra na klatce piersiowej, ruchy oddechowe są utrudnione. Czasem choroba zajmuje także język lub krtań. W dalszym przebiegu sprawa kończy się albo wyzdrowieniem albo zanikiem skóry i części głębszych. Skóra jest zimna, ścieńczała, pościągana, przystaje ściśle do kości. Barwa skóry jest albo prawidłowa albo brunatna a nawet bronzowa. Czucie temperatury i czucie dotykowe bywają czasem upośledzone.

Druga forma: *sclérodermie en plaques* okazuje dwie odmiany: *sclérodermie en bandes* i *la morphée d'Erasmus Wilson.* W tej formie skóra jest, jak gdyby zmarzła lub podobna do pergaminu, okazuje mnóstwo plam barwikowych, które później w środku przybierają barwę mleczną a na obwodzie barwę niebieską lub liliową (*lilac-ring*).

Trzecia forma: *sclérodermie mutilante* sadowi się na kończynach symetrycznie, chociaż nie równocześnie. Gdy sprawa chorobowa zajmuje palce, mówimy o sklerodaktylii. Zboczenia naczynio-ruchowe (*asphyxia localis*), zanogcice, pęcherze, owrzodzenia i zgorzel na tle zboczeń odżywczych powstała, poprzedzają zazwyczaj stwardnienie skóry lub też mu towarzyszą. Palce cieńczeją i zmniejszają się, skóra jest naciągnięta, jak gdyby do kości przyklejona; w końcu jedna lub kika falang ulega zanikowi lub odpada, z pozostawieniem owrzodzenia, które się z czasem zabliźnia. Podobne zmiany rzadziej znajduje się na kończynach dolnych. Czasem odpadają lub też zanikają znaczniejsze części kończyn.

S k l e r o d e r m i a tyczy się najczęściej kobiet w wieku między 20 a 40 tym rokiem.

Jak wypada z tego krótkiego opisu objawów napotykanych w różnych formach sklerodermii, jest w naszym przypadku bardzo wiele cech wspólnych ze sklerodaktylią. Nie tylko bowiem są zmiany na palcach (tworzenie się ropni, zanik falang, skrócenia i ścieńczenia palców), ale i zmiana we wyrazie twarzy, co właśnie w wątpliwych przypadkach ma rozstrzygać pod względem rozpoznawczym. U naszej chorej widoczne są na około ust pościągania skóry a zwłaszcza wyraźne zmarszczki poprzeczne na wargach, skutkiem czego na twarzy chorej maluje się przygnębienie, przerażenie i usposobienie płaczliwe; chora nie może ust otworzyć szeroko, nos jest ścieńczały i t. p., ale tego rodzaju zmiany pochodzą u naszej chorej niewątpliwie z ogólnego wynędznienia ustroju i z podeszłego wieku a nie mają nic wspólnego ze sklerodermią, w której twarz przybiera podobieństwo maski z powodu utraty ruchomości skóry. Powtóre zmiany w czuciu są w naszym przypadku wybitniejsze, niż to bywa w sklerodermii a zaników mięśniowych i częściowej reakcyi zwyrodnienia już wcale ze sklerodermią pogodzić nie można.

Chorobę R a y n a u d a czyli symetryczną zgorzel lub *asphyxia localis*, objawiającą się głównie zboczeniami naczynio-ruchowemi, również można wykluczyć w naszym przypadku z powodu odmiennego przebiegu. W tej chorobie, polegającej zdaniem wielu badaczy na zboczeniach w ośrodkach naczynio-ruchowych a występującej w napadach, odróżniamy trzy okresy a mianowicie 1) okres bezkrwistości miejscowej (*syncope, anaemia localis, ischaemia regionalis*) 2) okres sinicy miejscowej (*cyanosis regionalis, asphyxia localis*) i 3) okres zgorzeli (*gangraena symmetrica*). Zazwyczaj nagle, bez widocznej przyczyny, najczęściej palec u ręki (rzadziej palec u nogi lub ucho albo nos) blednie tak dalece, że przedstawia się, jak gdyby w nim wcale krwi nie było; równocześnie odczuwa chory przykre pieczenie lub kłucie w tej części ciała i traci czucie dotyku, co pospolicie nazywają obumarciem palca. Po kilku minutach czucie wraca a w miejscu pieczenia pojawia się uczucie gorąca. Tego rodzaju napady stają się coraz dłuższe i częstsze a później przychodzą napady prawie bezpośrednio po sobie. Do uczuć pieczenia lub mrowienia dołączają się mocne bóle. Skóra jest blada, jak gdyby bez krwi, lub sino fijołkowa, według tego, czy jest równocześnie skurcz tętniczek i żył, czy też tylko skurcz samych tętniczek. Na palcach wytwarzają się małe pęcherze, wypełnione krwią, poczem tworzą się strupki powierzchowne; ztąd u niektórych chorych na palcach po stronie dłoni znajdują się liczne blizny gwiazdkowate. W końcu przychodzi zgorzel sięgająca do głębszych warstw skóry a nawet do kości, skutkiem czego następuje utrata jednej lub kilku falang.

Pachymeningitis cervicalis hypertrophica mogłaby wchodzić w rachubę ze względu, że u chorej były w karku bóle, którym towarzyszyła jużto sztywność, już też niedowład mięśni karkowych, ale zważywszy, że dziś w mięśniach karkowych nie znajdujemy żadnych zmian, że ruchy głowy są zupełnie swobodne, że zmiany na rękach nie odpowiadają owym typowym kontrakturom i ułożeniom rąk, dalej że skrócenia falang nie spostrzega się w tej chorobie, możemy tę chorobę wykluczyć na pewne.

Za *myelitis transversa* w części szyjnej rdzenia pacierzowego przemawiaćby mogły zaniki mięśniowe i niedowład oraz zmiany w czuciu na kończynach górnych, przemijające bóle, sztywność i ubezwładnienie w karku, tworzenie się ropni na palcach i zanik falang (jako wyraz zboczeń odżywczych) i chód spastyczny (jako objaw zajęcia sznurów bocznych) oraz trętwienie języka, utrudnienia mowy (jako wynik przelotnego posuwania się sprawy chorobowej ku rdzeniowi

przedłużonemu). Jeżeli jednak zważymy, że z początku były na odnogach dolnych sprawy zapalne, których nie moglibyśmy uważać za zmiany odżywcze wynikłe ze schorzenia szarej istoty rdzenia pacierzowego w części szyjnej, gdyż ośrodki odżywcze dla kończyn dolnych znajdują się w części lędźwiowej rdzenia pacierzowego a powtóre, że obok objawów spastycznego chodu znajdujemy niewątpliwie brak odruchów kolanowych, które w *myelitis cervicalis* musiałyby być niechybnie powiększone, a wreszcie zmiany w czuciu odnosiłyby się do wszelkiego rodzaju czucia, a nie wyłącz nie do czucia temperatury i bólu, musimy tę chorobę wykluczyć również w swoim przypadku.

Sclerosis lateralis amyotrophica rozpoczyna się, jak wiadomo, objawami porażeń spastycznych w odnogach dolnych a potem w odnogach górnych, do czego później dołącza się zanik mięśni. Pomijając już tę okoliczność, że w tej chorobie brak jest upośledzenia czucia, to obecność bardzo wybitnych zmian odżywczych w skórze i kościach dostatecznie wyklucza tę chorobę.

Sclerosis multiplex mimo najróżnorodniejszej lokalizacyi ognisk chorobowych i najrozmaitszych drobnych objawów odznacza się wybitnie cechami w każdym prawie przypadku, do których należy drżenie podczas zamierzenia ruchów, mowa skandująca i równoczesne zajęcie nerwów mózgowych.

Zanik mięśni postępowy nie łączy się ze zmianami w czuciu, ani ze zmianami odżywczemi w skórze i kościach ani z objawami chodu spastycznego.

Co do *neuritis multiplex*, to przytoczyć należy, że nasz obraz chorobowy nie odpowiada żadnej formie typowej, klinicznej zapalenia rozsianego nerwów, ze względu na swój początek i przebieg.

Wobec tego nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w przypadku naszym mamy do czynienia z chorobą Morvana i to z przypadkiem typowym a rozpoznanie to opiera się głównie na pojawieniu się mnóstwa ropni na palcach u rąk (*panaritia*), około kostek (*mal perforant*), na wytworzeniu się teraźniejszych zniekształceń rąk, na upośledzeniu czucia temperatury i bólu w nieznacznym obszarze (na rękach) obok utrzymania czucia dotyku i na zanikach mięśniowych połączonych z częściową reakcyą zwyrodnienia.

Z przyczyny, że dziś niemal wszyscy uważają chorobę Morvana za odmianę syryngomyelii, nie od rzeczy będzie zastanowić się nad pytaniem, jakiego rodzaju zmian w systemie nerwowym spodziewać się należy w tym przypadku, czyli innemi słowy rozwiązać pytanie, czy na podstawie objawów szczegółowo opisanych nie można pokusić się o określenie domniemanej siedziby zmian anatomicznych w rdzeniu pacierzowym. Że tego rodzaju bliższe określenie siedliska choroby jest czasem możebne, o tem świadczą niektóre przypadki znane w literaturze.

W naszym przypadku, jeżeli wyjdziemy z założenia, że wszystkie objawy chorobowe zależą wyłącznie od zmian w rdzeniu pacierzowym (więc ściśle od syryngomyelii) a nie, choćby w części tylko, od zmian w nerwach obwodowych, musimy przede wszystkiem uznać za rzecz niewątpliwą, że główne zmiany odnoszą się do części szyjnej rdzenia pacierzowego. Ze względu na zaniki mięśniowe wnosić możemy, że rogi przednie substancyi szarej w wysokości 3.—6. korzenia szyjnego są zajęte przez sprawę chorobową (gliomatozę); ze względu na upośledzenie czucia bólu i temperatury wyłącznie prawie na rękach, przypuścić musimy, że zmiany w rogach tylnych substancyi szarej nie są znaczne; z uwagi, że chód jest spastyczny, domyślać się trzeba, że sznury boczne rdzenia pacierzowego w części szyjnej są przez nowotwór uciśnione, a ze względu na równoczesny brak od ruchów kolanowych przypuścić musimy, że substancya szara również w części lędźwiowej jest chorobowo zmieniona czyli, że jama znajduje się nie tylko w części szyjnej, ale i w części lędźwiowej rdzenia pacierzowego. Od których części rdzenia pacierzowego zależą zmiany odżywcze na rękach i na nogach, ściśle określić nie możemy; w ogóle przypuścić można, że zależą one od zmian w szarej substancyi rdzenia pacierzowego tak części szyjnej, jak i lędźwowej. Według tego więc jama w rdzeniu pacierzowym zajmuje część szyjną i lędźwiową przewodu środkowego (centralnego) a zmiany neurogliowe w wyższym stopniu znajdują się w części szyjnej, niż lędźwiowej; w części zaś piersiowej zmian prawdopodobnie nie ma wcale.

W ten sposób moglibyśmy uważać omówienie swego przypadku za wyczerpane, gdyby właśnie nie ta okoliczność, że z powodu brania choroby Morvana za jedno z trądem (co uczynił pierwszy Zambaco-Pasza) musimy wszystkie, choćby najdrobniejsze szczegóły, w swym przypadku zebrać raz jeszcze a to głównie w tym celu, aby wyrobić sobie własne zdanie, o ile usprawiedliwionem jest zapatrywanie się wspomnianego autora; podzielając bowiem jego zapatrywanie się, musimy tem samem swój przypadek uznać za przypadek trądu, o którego możności istnienia w naszym kraju nikt zapewne dotychczas ani nie marzył.

Ponieważ samo zwrócenie uwagi na identyczność choroby Morvana a względnie syryngomyelii z trądem jest rzeczą wielkiej wagi, czuję się zmuszonym w krótkości rzecz tę przedstawić. Gdy Z a m b a c o - P a s z a rozczytywał się w opisach choroby Morvana, uderzyło go wielkie podobieństwo tej choroby z pewnemi przypadkami trądu, które spostrzegał w Konstantynopolu. Również objawy częściowego zniesienia czucia, opisywane jako bardzo cechujące dla syryngomyelii, naprowadziły go na myśl o identyczności syryngomyelii z trądem, gdyż objaw ten widział w niektórych przypadkach trądu. Myślą tą podzielił się Zambaco z profesorem P i t r e s e m w Bordeaux, który rzeczywiście w jednym przypadku uważanym za syryngomyelię, wyciąwszy kawałeczek nerwu z przedramienia, wykazał obecność prątków trądowych w tym nerwie. Wobec tego zachęcającego wyniku udał się Zambaco do Bretanii (ojczyzny choroby Morvana) i przedsięwziął szereg bardzo starannych poszukiwań, których wynik przedłożył Towarzystwu dermatologicznemu w Paryżu dnia 8. grudnia 1892 r. i Akademii lekarskiej. Jakkolwiek już od dawna wiadomo, że w wielu przypadkach rozpoznanie wahało się bardzo między syryngomyelią a trądem z przyczyny objawów, które można było ująć tak dobrze w ramy jednej jak i drugiej choroby, i jakkolwiek w takich razach równocześnie jedni badacze skłaniali się do rozpoznawania syryngomyelii, inni zaś rozpoznawali trąd, to przecież nikt aż do Zambaki nie wypowiedział stanowczo zdania uważającego syryngomyelię za jedno z trądem. I tak w 1891 r. T h i b i è r g e (*Lèpre anésthésique et Syringomyelie. Gaz. hebdom.*) opisał przypadek, który wybitni lekarze uważali za syryngomyelię a w którym L e l o i r (1889) rozpoznał stanowczo trąd, co też potwierdziło badanie bakteryologiczne (w krwi z eflorescencyi znalazł O r o M a r i o prątki trądowe). Przypadek ten tyczył się 45 letniego mężczyzny,

który w r. 1883 służył jako żołnierz w Tonkinie, gdzie po 18-miesięcznym pobycie postrzegł pęcherze na obu podeszwach i osłabienienie mięśni w ramieniu prawem; później wystąpiła całkowita termoanestezya, nie odpowiadająca ściśle rozgałęzieniu się nerwów, następnie obustronne porażenie żdziergacza powiek i zgrubienie nerwu łokciowego poniżej łokcia. Na podstawie tego przypadku Thibièrge zaledwie odważył się wypowiedzieć zdanie, że wiele przypadków trądu znajduje się w leczeniu pod mylnem rozpoznaniem; o tożsamości atoli syryngomyelii z trądem wcale nawet nie myślał. Dopiero Zambaco-Pasza, który w Konstantynopolu nabrał wiele doświadczenia co do trądu, pierwszy poruszył kwestyę tożsamości choroby Morvana i syryngomyelii z trądem wykazując, że trąd niewątpliwie dość znacznie jest rozpowszechniony w Bretanii, że pojawia się tamże w najrozmaitszych formach a mianowicie jako *lepra tuberosa, ulcerosa, mutilans, ichthyotica, maculosa, anaesthetica*, że są niewątpliwe przypadki trądu, w których czucie upośledzone jest w ten sposób, jak w syryngomyelii (porażenie czucia temperatury i bólu obok utrzymania się czucia dotyku), że przypadki opisywane jako choroba Morvana są pewną formą trądu (*lepra mutilans*), że w końcu niektóre dziwne postacie owrzodzeń uważanych za wynik zboczeń odżywczych, oraz pewne formy sklerodermii i syryngomyelii, jak niemniej przypadki „*morphaea*“ zaliczyć się musi do trądu a mianowicie syryngomyelia jako *lepra anaesthetica Danielsseni*, że zatem trąd o wiele więcej jest rozpowszechnionym, niż to dotychczas przypuszczano i że pojawiać się może w odmianach mało dotychczas znanych. Przewodniczący Towarzystwa dermatologicznego, Besnier, wypowiedziawszy najzupełniejsze uznanie dla pracy Zambaki, (mogącej stanowić nową epokę) wyraził równocześnie żal, że Zambaco ani w jednym przypadku nie przedsięwziął badania bakteryologicznego co do obecności lasecznika Hansena, gdyż dowód ten dla poparcia wywodów Zambaki jest niezbędnym. Otóż i tego dowodu dostarczył wkrótce Zambaco, albowiem Straus w wyciętych kawałkach skóry u chorych w Bretanii znalazł bardzo znaczną ilość prątków trądowych. Po tej szczęśliwej wycieczce do Bretanii przedsięwziął Zambaco podróż do południowej i zachodniej Francyi w roku bieżącym. Wszędzie, gdzie tylko dłużej się zatrzymywał, mógł napotkać łagodne przypadki trądu lub przynajmniej przypadki bardzo wzbudzające podejrzenie trądu; w niektórych zaś miejscowościach udało mu się odszukać nawet najwybitniejsze formy trądu, tak zwanej *lepra leonina* W ogóle w południowej Francyi jest trąd zdaniem tegoż autora pod najrozmaitszemi formami; najczęściej jednak zdarza się w formie złagodzonej. Gdzie się tylko dało, wycinał Zambaco kawałeczki skóry lub cząstki guzów trądowych celem badania bakteryologicznego. W dwóch przypadkach znaleźli Moniez i Roux laseczniki trądowe; również w jednym przypadku, którego przed zbadaniem przez Zambakę wcale nie uważano za trąd, znalazł Pitres prątki Hansenowskie.

Z badaniami Zambaki licują również spostrzeżenia Lajarda i Regnaulta (*Progr. méd.* 1892 Nr. 46—51), którzy między mieszkańcami (cagots) Pireneów natrafili na osłabioną formę trądu (*lepra alba* dawnych autorów) objawiającą się częstem występywaniem ropni na palcach (*panaritia*) i białawem zabarwieniem skóry, przerostem paznogci, wyłysieniem i t. p. jak niemniej wzmianka podana przez Lajarda (*Trophische Störungen der Nägel, Haare und Zähne bei den Kretins. Deut. med. Zeit. 1892 Nr. 87*), że obok wielu przypadków trądu w Landes napotkał w bliskości typowy przypadek choroby Morvana i że kretynów mieszkających w Salies a odznaczających się wrodzonem dziedzicznem przerostem paznogci i brakiem włosów na głowie, rzęsach i brwiach, uważają miejscowi mieszkańcy za pochodzących od trędowatych i dla tego unikają ich a w kościele wyznaczają im osobne miejsce.

Zważywszy, że wobec badań Zambaki tożsamość choroby Morvana z trądem, zdaje się, że nie ulega najmniejszej wątpliwości, musimy się zapytać, czy i w naszym przypadku przedstawiającym typowy obraz choroby Morvana a względnie syryngomyelii, są podstawy do poparcia powyższego zapatrywania się, czyli innemi słowy, czy przypadek nasz możemy uważać za trąd.

Jak wiadomo, w przypadkach budzących podejrzenie trądu, rozstrzygała zazwyczaj okoliczność, czy chory przebywał w miejscowości nawiedzonej przez trąd i czy stykał się z trędowatymi, a gdy wywiady w tym względzie dawały odpowiedź przeczącą, wykluczano trąd i rozpoznawano albo chorobę Morvana albo syryngomyelią i t. p. I tak Kaposi (*Path. u. Ther. d. Hautkr. 1893* str. 822) podaje „.... *und umgekehrt bei Personen, welche niemals in Lepragegenden gewesen, kaum die Existenz dieser Krankheit angenommen weraen kann*“. Jakkolwiek nasza chora poza obręb swego rodzinnego miasta (Zborowa) wydalała się jedynie tylko do Lwowa i z osobami trędowatemi według wszelkiego prawdopodobieństwa nie stykała się wcale, to przecież tej okoliczności nie możemy przypisać żadnego znaczenia, gdyż właśnie budzi się podejrzenie, że ten wzgląd był może dotychczas najczęstszą przyczyną przeoczania trądu. Wobec tego musimy przede wszystkiem starać się odpowiedzieć na powyższe pytanie nie tylko na podstawie szczegółowego rozbioru objawów klinicznych, ale także na podstawie badań bakteryologicznych. Pierwszemu zadaniu najskuteczniej uczynimy zadosyć, jeżeli przedstawimy sobie w ogóle formy, pod jakimi trąd może przebiegać i jeżeli opiszemy objawy tej choroby (*lepra Arabum, elephantiasis Graecorum*). Że trąd pod najrozmaitszemi formami przebiegać może, wiadomo powszechnie. Przeważnie odróżnia się dwie formy główne: 1) *lepra tuberculosa s. tuberosa* i 2) *lepra nervorum, anaesthetica s. glabra*, gdy niektórzy (Danielssen, Boeck, Hansen) odróżniają: *lepra tuberosa* i *maculosa* a Kaposi: *lepra tuberosa, maculosa* i *anaesthetica*. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Chirurgia.

Geissler: (z Berlina). **O przeszczepialności raka.**

Jak poucza doświadczenie kliniczne, rozszerzanie się raka w ustroju z pierwotnego ogniska odbywać się może głównie w trojaki sposób: *a)* drogą naczyń chłonnych, czyli limfatycznych, *b)* przez przesunięcie oderwanych cząstek nowotworu, które zatrzymują się w pewnem miejscu, wrastają i zaczynają bujać, jak to spostrzegać się daje w wielkich jamach ustroju, wreszcie *c)* wskutek bezpośredniego lub częstego stykania się miejsca rakowego ze zdrowem. W celu przekonania się namacalnego o powstawaniu ognisk rakowych w ten lub inny sposób użyto drogi doświadczalnej: otrzymania nowotworu przez przeszczepienie. Właściwie mówiąc, doświadczenia te polegają na przenoszeniu (*Uebertra-*

gung) istniejących już, gotowych cząstek w raku, nie może więc być mowy o szczepieniu (*Impfung*), o wywoływaniu raka w ścisłem znaczeniu, skoro używamy tkanki gotowej a nie pasorzytów, czy innego czynnika zakażającego, którego nie znamy. Według zatem analogii z doświadczeniami na tkankach fizyologicznych wnosić możemy *a priori*, iż przenoszenie tkanki rakowej najwięcej przedstawia widoków powodzenia u jednego i tegoż samego indywiduum (z jednego miejsca w drugie), potem pomiędzy indywiduami tego samego gatunku, wreszcie najmniej prawdopodobieństwa ma za sobą przenoszenie z jednego gatunku na inny, jak naprzykład z człowieka na zwierzęta.

Doświadczenia pierwszego rodzaju u człowieka są bardzo nieliczne ze względów łatwo zrozumiałych; wykonali je z powodzeniem Hahn, Bergmann i jeden chirurg francuski, o którego wynikach, nie wymieniając nazwiska, zdawał sprawę Cornil w Akademii. Analogiczne doświadczenia Senna wypadły bez skutku.

Przeszczepianie nowotworu z jednego indywiduum na drugie tego samego gatunku wykonywano na wielką skalę u zwierząt. Pierwsze wyniki dodatnie otrzymał Nowiński w roku 1876, z pomiędzy jednak 42 przeszczepień raka miękkiego z nosa psa na inne psy tylko w 2 przypadkach powstały typowe guzy rakowe, o których charakterze przekonał się mikroskopem. Dopiero w 12 lat później udało się Wehrowi przeszczepić z zupełnem powodzeniem raka pochwy suki na inne psy; w rok zaś potem takież wyniki otrzymał Hanau u szczurów. Pomimo kilku późniejszych dodatnich wyników innych autorów, w ostatnich czasach Duplay i Cazin (1893) zapatrują się nader sceptycznie na znaczenie tych udałych doświadczeń. Na 54 szczepień przez nich tkanki rakowej w najrozmaitszy sposób ani razu nie rozwinęły się guzy rzeczywiście rakowe.

Rodzaj trzeci doświadczeń z przeszczepianiem raka z człowieka na zwierzęta dał wyniki ujemne, pomijając kilka wyników wątpliwych dawniejszych badań (Langenbeck, Goujon). Dopiero w roku bieżącym ogłosił Adamkiewicz szereg doświadczeń, uwieńczonych powodzeniem a polegających na przeszczepianiu cząstek świeżych raka człowieka do mózgu królików. Środowisko to uważa on za najodpowiedniejsze do rozwoju raka na tej zasadzie, iż komórki rakowe jakoby wytwarzały jad swoisty, działający najwybitniej na tkankę nerwową. Świeży maleńki kawałeczek raka wprowadzony wgłąb do mózgu królika wywoływał śmierć zwierzęcia w ciągu 12—24 godzin; w mózgu, przeważnie w komorach, znajdywał Adamkiewicz liczne przerzuty rakowe w postaci komórek, które wywędrowały z wszczepionego kawałka a które przeto, zgodnie z wyrażoną niegdyś przez Langenbecka hipotezą, uważa on za samodzielne ustroje żyjące, będące właściwymi pasorzytami raka. Ich wytwór życiowy stanowi ów jad rakowy, kankroinę, pod względem chemicznym równoznaczną z neuryną; to jest według Adamkiewicza ów od tak dawna poszukiwany naprożno środek leczniczy na raka.

Doświadczenia Adamkiewicza z przeszczepianiem powtarzał Geissler w klinice Bergmanna i otrzymał wyniki wprost przeciwne. U królików w narkozie chloroformowej otwierał on czaszkę za pomocą utworzenia płata skórnookostno-kostnego i z zachowaniem ścisłej aseptyki wprowadzał do mózgu popod oponę twardą kawałeczki raka; dla porównania zaś wprowadzał kawałki mięsaka i cząsteczki mięśnia piersiowego. Z pomiędzy szczepionych rakiem żaden królik nie zginął wskutek operacyi, w żadnym przypadku nie powstały przerzuty rakowe. Wszystkie te wprowadzone cząsteczki tkankowe, zarówno rakowe, jak i inne powyżej wymienione, jeżeli były wolne od zarodków septycznych i zaszczepione zupełnie czysto, wgajały się w tkankę mózgową prawie bez żadnej reakcyi, która gdzieniegdzie ograniczała się tylko do nieznacznego nacieku drobnokomórkowego. Z czasem wprowadzane cząstki raka zaczynały ulegać przemianie łącznotkankowej, nie okazując nigdzie zwiększenia objętości ani bujania pierwocin rakowych. W jamę otrzewnej wniesione cząstki, zarówno rakowe, jak i inne, obrzękały, stopniowo rozmiękały coraz bardziej, aż wreszcie rozpuszczały się zupełnie, tworząc rodzaj ropnia, naokoło którego szybko wytwarzała się torebka.

Inne były wyniki, jeżeli autor użył materyału, pochodzącego z nowotworu owrzodziałego lub jeżeli wprowadzona tkanka nie była zupełnie świeża. Wtedy w ciągu 1—2 dni następowała śmierć zwierzęcia wśród objawów zakażenia krwi (*sepsis*). Takie to mianowicie wyniki otrzymywał Adamkiewicz po wszczepieniu raka z tą tylko różnią, iż tłómaczy je zabójczem działaniem wytworów komórek rakowych, mających jakoby szybko bujać w mózgu i tworzyć przerzuty, a właściwie działanie to polegało na rozwoju sprawy gnilnej czyli septycznej wskutek wadliwego i nieczystego przeprowadzenia doświadczeń.

(Kwestyę przeszczepialności raka przedstawił obszernie w wykładzie swym na tegorocznym V tym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie prof. Browicz. Na podstawie ocenienia krytycznego mnóstwa danych w literaturze przychodzi do przekonania, iż rak jest przeszczepialny. Z wykonanych w tym względzie doświadczeń niewątpliwie dodatnie wyniki dały tylko przeszczepiania pomiędzy indywiduami jednego gatunku (u człowieka z jednego miejsca na drugie i pomiędzy zwierzętami jednogatunkowemi). Jednakże przeszczepialność nie jest bynajmniej dowodem pasorzytniczego pochodzenia raka, jak tego chcą niektórzy; przeciwnie, na podstawie własnych badań histologicznych, o których zdawał sprawę na zeszłorocznym Zjeździe chirurgów, zarówno, jak na podstawie wyników, podanych przez innych badaczów, skłania się prof. Browicz do wniosku wprost przeciwnego. Obecność protozoów u zwierząt wywołuje zwykłe objawy bujania komórek tkankowych, występującego w sąsiedztwie ciał obcych, działających czy to chemicznie czy mechanicznie, objawy nie mające nic wspólnego z nowotworzeniem rakowem, którego przyczyny odnosi prof. Browicz do pewnych wrodzonych własności komórek ustroju. (Przypisek sprawozdawcy). (*Archiv. f. klin. Chir. Tom. XLVI, S. 655*).

Dr. Kryński.

Hirschberg: O przeszczepianiu skóry z pozostawieniem przy niej całej warstwy tłuszczu podskórnego.

H. mówi tutaj o przeszczepianiu skóry na odległe miejsca, bez pozostawienia mostka odżywiającego, różni się zaś tem od sposobu Wolfego, że bierze płat razem z całą warstwą tłuszczu; jako warunek udania się przeszczepienia uważa wywołanie w płacie, który ma się przeszczepić, znacznego przekrwienia.

Operował 4 przypadki, z których 2 razy przeszczepiał płat na okostną, raz na kość obnażoną, raz na zeskrobaną. Sposób operowania był następujący:

Po zatamowaniu krwotoku przez ucisk, raz nawet przez założenie 2 podwiązek katgutowych w dnie ubytku przystępował do przygotowania płatu. Rękę podniesioną do góry obwinął opaską Esmarcha aż do połowy ramienia i założył w tem miejscu węża uciskającego. Następnie zdjął opaskę Esmarcha i miejsce, z którego płat miał być wzięty, t. j. zewnętrzną stronę ramienia i przedramienia bił przez 2 do 3 minut wężem gumowym; potem wyciął odpowiedni płat z pozostawieniem mostka odżywiającego zwróconego ku ręce. Po zatamowaniu krwotoku z rany zdjął węża elastycznego uciskającego. W kilka minut płat obrzękł mocno i zaczerwienił się. Teraz szybko go odciął i przyłożywszy do ubytku, który miano pokryć, przyszył go szwami jedwabnemi. Płaty były na 3—4 cm. szerokie a 4 do 5 cm. długie. W jednem miejscu pozostawiał płat nieprzyszyty, żeby w danym razie krew mogła spłynąć. Na tak przyłożony płat kładzie *protectiv*, grubą warstwę waty i gazy i opatrunek lekko uciskający.

Płaty wyglądały przez pierwszy dzień blado, następnie zaś przez 5—6 dni świeżo i zdrowo, potem przybrały wej-

rzenie sine, ciemne, aż po 15—18 dniach oddzieliła się cała warstwa przyskórka z siatką Malpigiusza, pod nią zaś pokazała się blado różowa warstwa skóry, która się w przeciągu kilku dni pokryła przyskórkiem.

W wszystkich czterech przypadkach kawałki przeszczepione przyjęły się.

Co się tyczy dalszego zachowania się płatów, to powierzchnia ich pozostaje stale na równi z powierzchnią sąsiedztwa, barwa zaś ich jest albo prawidłowa albo nieco różowawa. (*Archiv. f. kl. Chir. tom 46. zeszyt 1.*)

K r a u s e: **O przeszczepianiu dużych kawałków skóry.**

K. mówi w swej pracy o przeszczepianiu kawałków skóry, wziętych z jednego miejsca i przeniesionych na drugie b e z p o z o s t a w i e n i a o d ż y w i a j ą c e g o m o s t k a, u tego samego indywiduum. Robił te operacye sposobem Wolfego. Przeszczepił przeszło 100 płatów u 21 osób; z tych 100 obumarło tylko 4. Co się tyczy sposobu operowania, to zwraca uwagę na to, żeby operować aseptycznie i sucho. Podstawa, na którą płat chcemy przeszczepić, musi być świeżą raną i to prawidłową tkanką. W tym celu trzeba granulacye zeskrobać a, jeżeli dno rany stanowi twarda bliznowata tkanka, to ją nożem wyciąć; przy głębokich sięgających do kości wrzodach podudzia trzeba i kość dłutem odkuć. Następnie obmywa się dno sublimatem, który się spłókuje wyjałowionym rozczynem fizyologicznym soli kuchennej a potem sterylizowanym kawałkiem gazy dokładnie osusza. Narzędzia i ręce operatora muszą być także zupełnie suche. Podobnie przygotowuje się pole, z którego płat ma być wzięty. Najpierw się obmywa, przyczem trzeba się wystrzegać szczotek, bo zanadto drażnią, potem czyści sublimatem, który się spłókuje sterylizowanym rozczynem soli kuchennej, następnie osusza sterylizowaną gazą. Skórę wycina się także suchemi narzędziami i przykłada na przygotowane przedtem dno. Płat skóry bierze się bez tłuszczu podskórnego. Po przyłożeniu skóry do dna przytwierdza się ją sterylizowanym paskiem gazy jodoformowej, następnie zakłada się opatrunek aseptyczny lekko uciskający. Pierwszy opatrunek zmienia się po 3—4 dniach; kończyny w celu zdjęcia opatrunku zanurza się w ciepły rozczyn kwasu borowego, żeby gaza lekko odeszła. Po 4 dniach płat wygląda blado lub sinawo; czasem tworzą się pęcherze, które trzeba otworzyć; po 8 dniach barwa zmienia się na różową. Czasami obumierają warstwy powierzchowne; niekiedy nawet w niektórych miejscach obumiera płat w całej grubości, ale zresztą w całości zwykle dobrze przyrasta i to bez względu na to, czy go przeszczepiło się na mięśnie, czy tkankę łączną, czy okostną, czy oponę twardą, czy też wreszcie na kości świeżo dłutem odkute.

Zupełne przygojenie się płatu trwa 3—6 tygodni. (*Archiv. f. kl. Chir. t. 46. zeszyt 1.*)

G u r l t: **Przyczynek do statystyki środków znieczulających.**

G. na podstawie ogromnego materyału, zebranego z rozmaitych klinik, stara się odpowiedzieć na pytanie, który ze środków obecnie używanych do znieczulania ogólnego, jest najmniej niebezpiecznym dla życia. Na 161.800 narkoz, które G. zebrał, wypada przypadków śmiertelnych 52, więc 1 : 3111. Jeżli się teraz przypatrzymy każdemu ze środków znieczulających z osobna, to dostaniemy:

środek	ilość przyp.	śmierci	więc
a) Chloroform	133.729	46	1: 2907
b) Eter	14.646	1	1: 14646
c) Chloroform z eterem naprzemian	4.118	1	1: 4118
d) Mieszanina Billrotha	3.440		
e) Bromek etylu	4.555	1	1: 4555
f) Pental	597	3	1: 199

Najniebezpieczniejszym jest więc pental, potem chloroform, następnie chloroform razem z eterem w ten sposób stósowany, że używa się jednego narkotyku po drugim, potem bromek etylu, następnie męszanina Billrotha (chloroform z eterem i wyskokiem), wreszcie najmniej niebezpiecznym jest eter; nawet bowiem jeden przypadek śmierci, który przypadł na 14.646 chorych trzeba odciągnąć, gdyż chodziło tu o chorego, u którego był znacznego stopnia wstrząs (*shok*) po silnym urazie, i wyniszczonego przez nadużywanie alkoholu; u tego wystąpiła po amputacyi obu rąk śmierć po 3 godzinach; nie można tu więc obwiniać eteru; właściwie zatem na 14.646 przypadków nie ma żadnego przypadku śmierci.

Za najmniej niebezpieczny więc ze wszystkich środków uważa G. eter, przyczem zwraca uwagę, że technika znieczulania eterem jest inna jak chloroformem, i pod tym względem odwołuje się do B u t t e r a i F r i c k e r a, który radzi do tego używać maski wielkiej, drucianej, pokrytej nieprzemakającym materyałem (maska D u m o n t a); po wewnętrznej stronie maski jest kilka warstw flaneli. Na wewnętrzną stronę maski nalewa się 5—30 cm. eteru naraz, następnie przykłada się maskę szczelnie do twarzy a na wierzch jeszcze na twarz i maskę kładzie się ręcznik. Podnosi się maskę tylko od czasu do czasu na chwilę dla zbadania rogówek i t. d. i nalewa świeżego eteru.

W końcu podaje jeszcze statystykę t l e n k u d w u a z o t u, którego się używa tylko do bardzo krótkich operacyj w dentystyce. Otóż zebrał 11.464 znieczuleń, bez żadnego przypadku śmierci. (*Arch. f. kl. Chir. t. 46. zeszyt 1.*)

Dr. Rościszewski.

Terapia.

H e i n z i L i e b r e c h t: **Kwas kofeino-sulfonowy, nowy środek moczopędny.**

Liczba środków, któreby uważać można za wyłącznie moczopędne, jest bardzo nieznaczna. Naparstnica i jej pokrewne działają na nerki pośrednio przez wzmacnianie czynności serca. Z innych środków, n. p. teobromina, jakkolwiek wywiera bezpośredni wpływ na przybłonek nerkowy, sprawia zwężenie naczyń w nerce, które wyrównywa a raczej upośledza ten wpływ. Podobnie działa i kofeina. Zależało przeto głównie na tem, aby do kofeiny wprowadzić atom lub grupę atomów, któraby osłabiała lub znosiła działanie zwężające naczynia. Ponieważ ani połączenia kofeiny z halogenami (bromem), ani z chloralem, ani wreszcie z NO_2 po których można się było spodziewać pożądanego skutku, nie odpowiedziały celowi, wpadli autorowie na myśl łączenia kofeiny z kwasami sulfonowemi a raczej z ich solami. Doświadczenia z tem ciałem przeszły wszelkie oczekiwania autorów. Wpływ kofeiny na ośrodek naczynioruchowy niknie zupełnie po połączeniu jej z kwasem sulfonowym. Spostrzeżenia u ludzi były w zupełności potwierdzeniem doświadczeń na zwierzętach. Ilość moczu u ludzi zdrowych, przyjmujących około 2700 $cm.^3$ płynu, wzmagała się po zażyciu 4 grm. kofeino sulfonianu sodowego, litowego lub strontowego z 1600 na 3000 do 3200 cm. sz. Żadnych ubocznych nieprzyjemnych objawów środek ten przytem nie wywoływał.

Prócz połączeń kwasu kofeino sulfonowego z sodem, używali autorowie dlatego także połączeń z litem i strontem, ażeby módz wpływać z jednej strony na rozpuszczanie kamieni moczowych (połączenia litowe), z drugiej na sprawy zapalne w nerkach, w których Francuzi zalecają sole strontowe. (*Berl. klin. Wochschr. Nr. 43. 1893). Osobne odbicie.*

B.

Choroby skórne.

P. G. U n n a (w Hamburgu): **Wyprysk łojotokowy** (*eczema seborrhoicum*) [1]).

Do niedawna za przyczynę wyprysku łojotokowego, idąc za Hebrą, uważano drażnienie przez komórki przyskórka tłuszczem przesiąkłe. Dawniejsi lekarze angielscy a mianowicie Erazm Wilson, według wydzieliny, czy była więcej do oleju, czy też bardziej konsystencyi zbitej, t. j. do łoju podobną, dzielili wyprysk łojotokowy (*eczema seborrhoicum*) na suchy (*siccum*) i tłusty (*oleosum*). Na podstawie badań anatomicznych Köllikera, podział ten nie przed-

[1]) Rozprawę tę napisał autor dla zbiorowego angielskiego dzieła, wychodzącego obecnie pod redakcyą prof. Andersona.

stawia prawdziwej wartości naukowej, bo wydzielina skórna obydwóch tych rodzajów składa się zarówno z komórek przyskórka, jakoteż i z łoju odpowiednich gruczołów. Dotychczasowe mniemanie, jakoby przyczyną tej choroby skórnej było zbyt wielkie wytwarzanie się łoju i komórek przyskórkowych, jest mylne; wykazały bowiem nowsze badania, że łojotok (*seborrhoea*) jest zapalną chorobą pasorzytniczą w rodzaju kataru skóry a zatem dawną przyczynę uważać należy za skutek i następstwa zapalenia.

Badanie drobnowidowe. Jak każdy inny wyprysk, tak i ten, o którym mowa, polega pod względem anatomicznym na trzech sprawach a temi są:

1) Częściowe zrogowacenie przyskórka (*parakeratosis*).
2) Bujanie komórek przybłonkowych (*akanthosis*).
3) Przekrwienie skóry właściwej z charakterem zapalnym.
4) Powiększenie się czynności wszystkich gruczołów skórnych a zatem większa produkcya łoju.

Najważniejszą rolę odgrywa zrogowacenie i złuszczanie się warstw przyskórka, skutkiem czego odsłania się właściwa skóra a w niej występuje obrzęk międzytkankołącznowy, nadający jej konsystencyę gąbczastą o większych lub mniejszych jamach surowicą napełnionych. Im sprawa chorobowa bardziej się przewleka, tem mocniejsze jest bujanie komórek przybłonkowych. Bujanie to odbywa się sposobem nie tyle rozlanym, ile raczej ogniskowym. Zapalenie skóry obejmuje często także warstwę brodawkową, w której w takim razie znajdujemy wysięk drobnokomórkowy lub wrzecionowatokomórkowy. Skutkiem przekrwienia przychodzi do nadmiernej wydzieliny tłuszczowej. Gruczoły skórne a przede wszystkiem ich przewody rozszerzają się i zapychają komórkami tłuszczowemi, które wszakże wydobywszy się na zewnątrz, tylko w powierzchownych warstwach przyskórka rozdzielają się niejednostajnie, tworząc wyspy o barwie żółtej. Łatwo zrozumieć, że przy nagromadzeniu się tłuszczu i późniejszym jego zeschnięciu w przewodach gruczołów, cebulki włosowe zamierają a włosy wypadają.

Etyologia. Przyczyną wymienionych zmian anatomicznych bezsprzecznie są pasorzyty, za czem także przemawiają sposób wężowatego ich szerzenia się na skórze, jakoteż skuteczność leków przeciwpasorzytniczych. Chorobę, o której mowa, wywołują przede wszystkiem spory Mallasseza czyli tak nazwane laseczniki flaszkowate (*Flaschenbacillen*) i morokoki. Pierwsze znajdujemy w wielkich ilościach w strupach i suchych łuskach powierzchownych, drugie zaś w owrzodzeniach sączących się. Szczepienia na skórze królików morokokami przez Unnę dawały wyniki dodatnie; wywoływały bowiem charakterystyczny wyprysk; zdaje się więc, iż są głównemi czynnikami chorobotwórczemi. Bakterye Malasseza zaszczepione, rozmiękczały tylko przyskórek; zdaje się przeto, że przygotowują one tylko grunt do mocniejszego zadziałania morokoków. Brano je początkowo za *staphylococcus albus* i dlatego nie przypisywano im większego znaczenia.

Staphylococcus albus i *aureus*, jakoteż mnóstwo streptokoków przyłączają się dopiero w późniejszych okresach choroby, w okresie ropienia owrzodzeń. Morokoki mają nadzwyczaj delikatną osłonkę, rozdzielającą się na dwie i cztery części i łączą się w gromady już w słabem powiększeniu widzialne. Rozmnażają się tylko przy znacznym przypływie tlenu a w hodowlach na pożywce nie idą w głąb, lecz rozrastają się na powierzchni. Czy bakterye te także są przyczyną nadmiernego wydzielania się tłuszczu, trudno orzec na pewno. Zdaje się, iż skutkiem rozpulchnienia przyskórka, jakoteż obrzęku właściwej skóry, treść gruczołów tłuszczowych rychlej dostaje się na powierzchnię; Unna jest jednakowoż zdania, iż główną przyczyną tego objawu jest inny drobnoustrój, wielokrotnie przez autora tego spostrzegany, że podstawą zatem wyprysku przerzeczonego jest zakażenie mięszane (*Mischinfection*).

Objawy kliniczne. Wyprysk łojotokowy występuje w przeróżnych formach i obrazach; wszystkie one jednak mają to wspólne, iż produkta chorobowe gromadzą się na skórze i dążą od głowy ku dołowi. Nie podlega także wątpliwości, iż i stan ogólny ustroju a, co za tem idzie, i zdrowotność samej skóry mają znaczny wpływ na stopień i przebieg choroby. Że choroba najczęściej obiera sobie za siedlisko porost głowy, polega na tem, że drobnoustroje tam przychylniejszy dla siebie, jakby zwierzyna w lesie, grunt znajdują. Ale i na głowie włosem nie porosłej, choroba ta rozwija się chętnie, jak to widzieć można u osesków i łysych. Wyprysk łojotokowy występuje w każdym wieku, najczęściej między 20. lub 30. rokiem życia i często polega na usposobieniu dziedzicznem. Ze wszystkich wyprysków jest on najczęstszym, albowiem według Elliota stanowi 28% wszelkich wyprysków. Często zdaje się, jakby występował samoistnie najpierw na tułowiu lub rękach; zawsze jednak widzieć można rozpoczynające się ogniska łuszczące na głowie a w dalszym ciągu drogę łuszczących się ognisk (*pityriasis alba*) aż do miejsca chorobowo zajętego, które przeważnie zajmuje tylko górną połowę ciała. Kończyny dolne rzadko ulegają tej chorobie. Drugim punktem charakterystycznym jest szerzenie się wężowate od krańców a gojenie samodzielne od środka, nareszcie zabarwienie żółte, jakie przyjmują guziczki, pęcherzyki i skóra je otaczająca. Dolegliwości wielkich choroba ta nie sprawia. Swędzenie występuje tylko na porosłej głowie i w miejscach fałdzistych, jak n. p. pod pachą, gdzie więcej wydziela się potu. Pod względem klinicznym dzielimy wyprysk ten, jak i inne choroby skórne, na formy proste i złożone.

I. Formy proste. Do tego działu należą wypryski o wejrzeniu plamistem.

a) Zżółknienie (*Vergilbung*) skóry. Zabarwienie to pojawia się jako pierwszy objaw poprzedzający zwykłą łupież (*pityriasis capitis*) lub wyprysk łojotokowy. Najczęściej zabarwienie to sadowi się w okolicy fałdów około nosa. Powierzchnia skóry ma wejrzenie tłuste a w dotknięciu nie okazuje się gładką. Zabarwienie to występuje następnie często i w fałdach tułowia, brzucha i pośladków. Objawy te obejmuje autor nazwą *peridrosis oleosa* a za przyczynę ich uważa nadmierne powiększenie się wydzieliny gruczołów łojowych.

b) Plama z przekrwienia (*Hyperaemischer Fleck*). Przekrwienie powierzchowne poprzedza także tworzenie się łojotokowych wybujałości. Im są one znaczniejsze, tem grunt pod niemi więcej lub mniej przekrwiony o różnych stopniach barwy czerwonej. Przekrwienie to często towarzyszy żółtemu, poprzednio opisanemu zabarwieniu skóry. Samoistnie występuje w okolicy nosa i na samym jego szczycie, przedstawiając płaszczyznę nieregularnie ograniczoną i od więcej lub mniej przekrwionych i rozszerzonych naczyń włosowatych, biorąc swą ciemniejszą lub jaśniejszą czerwoność. Przekrwienie to jest podstawą tworzenia się trądzika czerwonego (*acne rosacea*), który niczem innem nie jest, jak wypryskiem łojotokowym.

c) Plama łupieżowa (*Schuppiger Fleck-Pityriasis*). Na podstawie przekrwionej lub całkiem prawidłowej występuje *parakeratosis* czyli powolne złuszczanie się przyskórka, który skupia się w grudki, po których odskrobaniu płynny wydziela się łój. Jest to obraz, jaki znają dermatologowie pod nazwą łupieżu głowy i łupieżu białego (*pityriasis capitis et pityriasis alba*). Forma ta poprzedza zazwyczaj cierpienie uporczywe o obrazie złożonym. Występuje ona w kształcie ognisk ograniczonych (*p. circumscripta*) lub rozlanych (*p. diffusa*).

II. Formy złożone. Forma złożona dopiero tworzy prawdziwy obraz wyprysku łojotokowego. Spostrzegamy tu zmiany plamiste, guziczkowe, ogniska łuszczące się suche i sączące, w których tworzy się różnorodny obraz.

a) Typ okalający (*typus circumcisus, der umschnittene Fleck*). Miejscem jego ulubionem jest okolica mostka. Przedstawia się w kształcie plam wielkości soczewicy lub grochu o barwie ciemno- lub szaro-żółtej, tuż przy sobie usadowionych, drobnemi kulkami tłuszczu pokrytych. Główną ich charakterystyką jest ostre ograniczenie brzegów strupem z komórek przyskórkowych i wypociny surowiczej

złożonym. Pierścieniowaty strup ten, skutkiem tarcia bielizny często odpada, pozostawiając po sobie rynienkowate zagłębienie. Niema zaś proliferacyi znacznej komórek przyskórkowych, ani też przekrwienia i obrzęku skóry.

b) Typ liściasty (*typus petaloides, Blumenblatt ähnliche Macula und Papel*). Szerzy się, tworząc rysunek liścia od mostka po całym tułowiu. Wilson typ ten opisał jako odrębną chorobę skórną pod nazwą *lichen annullatus serpiginosus*. Przedstawia się w postaci płytkich guziczków lub jeszcze plamek o barwie żółto-czerwonej, na powierzchni swej łuszczących się i drobne ziarnka tłuszczu zawierających a mających szczególną właściwość szerzenia się od zewnątrz, tworząc linie owalne lub półowalne. Brzeg ich jest otoczony strupem wałowatym, po odjęciu którego widzimy czerwonawe zagłębienia, odpowiadające końcom brodawek. Sprawa ta zanikając powoli od środka a szerząc się od brzegu, może całe lata istnieć na skórze piersi.

c) Typ o formie monety (*typus nummularis, Münzenförmige Papel*). Typ ten zajmować może całą skórę górnej połowy ciała i występuje najczęściej z przebiegiem ostrym w kształcie jasnych, żółtych guziczków, wielkości 1 do 2 cm. w średnicy. Przybierają one później barwę ciemną, wyrastają ponad skórę dość znacznie, na powierzchni swej przedstawiają płaszczyznę łuszczącą się i tłuszczem przesiąkłą. Wyniosłości te często ze sobą zlewają się skutkiem kroczenia na zewnątrz i tworzą większe, o nieregularnych kształtach guzy. Tłuszcz z macerowanym przyskórkiem usycha i zamienia się na strup, całą powierzchnię guza pokrywający. Na granicach zarostu włosem a najczęściej zarostu czołowego grupują się owe guziczki różańcowo, tworząc tak nazwaną *corona seborrhoica*. Po odjęciu strupa występują ogniska sączące się, o nacieku gąbczastym warstwy brodawkowej świadczące. Strup ten często sam odpada a ogołocone z niego miejsca zupełnie tak samo wyglądają, jak zwykły wyprysk sączący się. Rozpoznanie wtedy polega na tem, iż w innych miejscach strup jeszcze suchy utrzymuje się.

d) Typ pierścieniowaty (*typus annularis, Ringförmige Papel*). Typ ten jest następstwem i dalszym ciągiem typu poprzedzającego. Skutkiem szerzenia się od brzegów a zanikania w środku, tworzą się liście pierścieniowate o dużych łukach, mogących zajmować cały tułów. W formie tej strup tworzy tylko obrębienie, jest zbitszy i nie tak łatwo odpada, dążąc bardziej ku środkowi, aniżeli od środka.

e) Typ złogowaty (*typus concretus, Talgconcretionen auf entzündlicher Basis*). Forma ta jest ostatnim aktem całej sprawy chorobowej i przedtem uchodziła za właściwy wyprysk łojotokowy a przedstawia się w formie płaskich, rozmaitej wielkości złogów łoju zbitego, mocno do skóry zaczerwienionej przylegającego. Złogi te składają się morfologicznie z całych lub rozpadłych komórek przyskórkowych w połączeniu z komórkami przybłonkowemi przewodów gruczołowych i zeschłego łoju. Forma ta występuje najczęściej na miejscach porosłych głowy, gdzie pozostawia łysinę, na policzkach, małżowinach usznych, pod brodą, rzadziej na tułowiu, brzuchu lub mosznach. Przebieg jej jest przewlekły i uporczywy.

Oto najgłówniejsze formy wyprysku, o którym mowa. Rozumie się samo przez się, iż formy te nietylko występują samodzielnie, ale mogą łączyć się między sobą. Do nich a raczej skutkiem ich przystępują często inne wypryski, jak n. p. *eczema herpetiginosum, intertriginosum* i wszystkie rodzaje wyprysków sączących się. Najcięższem następstwem wyprysku łojotokowego jest łupież łojotokowy czerwony, *pityriasis rubra seborrhoica*, także *status exfoliativus malignus* zwana. Skutkiem ciągłego łuszczenia się przyskórka i tworzenia się strupów, które odpadając pozostawiają odsłonięte przekrwione, surowicą przesiąkłe i wrzodziejące płaszczyzny, ustrój osłabia się coraz więcej, występuje *marasmus*, który po kilku latach może śmierć sprowadzić.

Leczenie. Najrychlej do celu prowadzącym lekiem form początkowych do ołysienia dążących, jest pomada przez autora od r. 1882 używana według przepisu:

Rp. *Ung. pomadini* 30·00
Sulfuris praecipitati 1·0—3·00
M. f. ungtum.

Pomadą tą pomazywać należy głowę, co najmniej, dwa razy na tydzień, po oddaleniu strupów przez obmywanie *spiritu saponato-kalino*. Leczenie maścią siarczaną stosować można dla zapobieżenia nawrotom także po właściwej kuracyi. Dla poparcia leczenia wcierać można także 2—5% maść resorcynową z dodatkiem 1‰ sublimatu a, jeżeli włosy bardzo wypadają, nie zawadzi dodać do maści 2% nastoju pryszczawkowego (*tinctura cantharidum*).

W przypadkach cięższych, mianowicie w razie wielkiej liczby guziczków strupami i łojem pokrytych, używa autor do leczenia ciast czyli past cynkowo-siarczanych według przepisu:

Rp. *Zinci oxydati* 6·00
Sulfuris praecipit. 4·00
Terrae siliceae 2·00
Adipis benzoati 28·00
M. f. pasta.

Pastę tę wciera się nader starannie po 2 do 3 razy dziennie dopóty, dopóki część jej nie wsiąknie w powierzchnię skóry, przyczem należy poprzednio oddalić wyskokiem mydlanym strupy. Do pasty tej w przypadkach uporczywych można dodać 5—10% ichtyolu lub resorcyny. Leczeniem tem można w krótkim czasie usunąć chorobę.

W przypadkach bardzo ciężkich, gdzie mamy do czynienia ze znaczną proliferacyą przyskórka łuszczącego się, leczenie pastą nie wystarcza, ale chwycić się należy środka dzielniejszego. W takich przypadkach poleca autor maść chryzorabinową według przepisu:

Rp. *Chrysorabini* 5·00
Acidi salicylici 2·00
Ichthyoli 5·00
Vaselini flavi 88·00
M. f. ungtum.

Maść tę wciera się po 2 razy na dzień. Miejsce wtarcia pokrywa się papierem gutaperkowym i obwija opaskami z mulu. Po mocnej reakcyi na skórze, usuwa się chryzorabinę i zastępuje pastą.

U osób, których nie można często odwiedzać, najlepiej używać okładów wysychających resorcynowych (*Resorcin-Dunstumschläge*) według przepisu:

Rp. *Resorcini*
Glycerini
āā 10·00
Spiritus 180·00

Po roztworzeniu 4 częściami odwaru rumiankowego wylewa się na płaty oczyszczonej waty chirurgicznej. Płaty przesiąkłe lekiem, po położeniu na miejscach chorobowo zajętych, pokrywa się papierem gutaperkowym i obwija opaskami. Opatrunek taki może leżeć i kilkanaście dni, poczem go się zmienia. (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge. 1893. Nr. 79*).

Dr. Mendelsburg.

Medycyna sądowa.

Ignatowski (w Kijowie) **Przyczyna śmierci przy powieszeniu.**

Hofmann tłómaczy, jak wiadomo, przyczynę nagłej utraty przytomności i śmierci przy powieszeniu z zaciśnienia światła tętnic dogłowowych i zadrażnienia nerwu błędnego przez ucisk. Oba te czynniki sprowadzają ostrą niedokrewność mózgu. Autor odrzuca tłómaczenie szybkiej utraty przytomności i śmierci z podrażnienia nerwu błędnego, ponieważ czynność serca utrzymuje się w przypadkach powieszenia jeszcze dosyć długo po ustaniu oddechania. Przeciw twierdzeniu Hofmanna przemawia częste spostrzeżenie podczas sekcyj, iż mózg powieszonych zawiera w przeważnej liczbie przypadków prawidłową ilość krwi a nawet bywa przekrwiony. Autor wieszał psy i z chwilą, gdy ustawało u nich oddechanie, zaciskał podwiązki założone poprzednio na naczynia szyjne.

Doświadczenia te wykazywały przekrwienie mózgu. Zawieszał tedy psy, którym przedtem trepanował czaszkę

w okolicy kości czołowych. Objawy duszenia były następujące: z początku płytkie wdechy, z końcem pierwszej minuty nasilone wydechy i kurcze; w ciągu drugiej minuty mocne przekrwienie opon miękkich, mózg wydobywał się przez otwór trepanacyjny, brak oddechu, zniesienie czucia, wytrzeszczanie oczów, mimowolne oddawanie kału, uderzeń serca 50 na minutę; w ciągu 5. i 6. minuty cofnięcie się mózgu z otworu trepanacyjnego do jamy czaszkowej, zwolnienie akcyi serca; w ciągu 7. minuty płytkie wdechy, mierne wypełnienie naczyń opony miękkiej; w ciągu 11. minuty mózg w jamie czaszki zapadły, śmierć.

Bieg objawów ze strony oddechania był więc taki: w pierwszym okresie przeważały wdechy, w drugim wydechy natężone, poczem po mocnym ruchu wdechowym zaczynał się trzeci z rzędu okres bezdechu, właściwie okres zamartwiczy, wreszcie okres końcowy czynnych ruchów wdechowych obok biernych ruchów wydechowych. Z chwilą nastania okresu drugiego, t. j. okresu natężonych wydechów, występywało mocne przekrwienie mózgu i powiększał się ucisk wśródczaszkowy, którego dowodziło wypuklanie się mózgu z otworów trepanacyjnych. Na powiększanie się ucisku śródczaszkowego w czasie duszenia zwraca pierwszy autor uwagę.

Na podstawie tych doświadczeń tłómaczy autor nagłość śmierci i utraty przytomności w ten sposób: natężone ruchy wydechowe zwierzęcia są odruchowe i usiłują nastrój uwolnić od nagromadzonego we krwi CO_2; wydechy te są jednak także następstwem zadrażnienia tak górnego, jak i dolnego nerwu krtaniowego, o którym wiadomo z badań Rosenthala i Burkarta, że słabe ich zadrażnienie wywołuje zwolnienie wydechu, mocne zaś wstrzymuje oddech w okresie wydechu. Za wydechem podnosi się parcie w klatce piersiowej, skutkiem czego krew żylna z czaszki nie może swobodnie spływać do klatki piersiowej a więc zalega w naczyniach żylnych mózgu. Z drugiej jednak strony tętnice dogłowowe doprowadzają do mózgu ciągle nowe ilości krwi. Powstaje więc przekrwienie. Przekrwienie powiększa ucisk śródczaszkowy przez to, że płyn mózgozdzeniowy nie jest w stanie tak szybko, jak powstaje przekrwienie, cofnąć się do przewodu kręgowego. Powiększony ucisk śródczaszkowy będąc większym od parcia krwi w naczyniach opony miękkiej i kory mózgowej zaciska naczynia i wytwarza nagłą niedokrewność kory i utratę przytomności. Przy powieszeniu trwa okres wydechów dłużej, niż w przypadkach duszenia się z innych przyczyn; okres zaś ruchów oddechowych końcowych (*terminales Athmen*) jest o wiele krótszy. Högyes wykazał, że odcięcie półkul mózgowych przedłuża okres bezdechu i skraca okres ruchów oddechowych końcowych. Przy powieszeniu powiększenie się ucisku śródczaszkowego znosi działanie kory mózgowej a zatem zwierzę jest niejako półkul mózgowych pozbawione. Z chwilą nastania okresu bezdechu mózg się zapadał dlatego, ponieważ w tej chwili malało parcie w klatce piersiowej, krew z czaszki mogła ustępywać, wywołując zmniejszenie się parcia śródczaszkowego. Rychła utrata przytomności nastaje nie tylko przy powieszeniu, ale i przy nagłem zatkaniu dróg oddechowych, n. p. kęsem pokarmu.

Wreszcie tłómaczy autor odmiennie od Hofmanna powstanie klasycznego objawu Amussata, t. j. pęknięcia błony wewnętrznej tętnic szyjnych. Zdaniem Hofmanna główną przyczyną tej zmiany jest ucisk pętli na naczynia.

Autor dochodzi na podstawie swoich doświadczeń do innego wytłómaczenia tego objawu. Pętla spoczywa u powieszonych zazwyczaj między kością gnykową a chrząstką tarczykową; pęknięcie zaś błony wewnętrznej tętnic znajduje się zwykle, na co i Hofmann zwraca uwagę tuż w miejscu podzielenia się tętnicy szyjnej wspólnej (*carotis com*). na zewnętrzną i wewnętrzną, to znaczy na górnym brzegu chrząstki tarczykowej a więc niżej od miejsca uciśnionego przez pętlę.

Zdaniem autora powstaje pęknięcie błony wewnętrznej w tętnicach szyjnych nie przez ucisk pętli na nie, lecz przez rozciągnienie ich; z jednej bowiem strony ciągnie pętla tętnice do góry, z drugiej znów strony działa przeciw temu pociąganiu przyczepienie tętnicy od dołu.

Za twierdzeniem autora przemawia spostrzeżenie, iż objaw Amussata pojawia się nierównie częściej u straconych za wyrokiem sądowym, których mistrz pociąga za nogi, niż u samobójców, którzy przez powieszenie odebrali sobie życie. (*Viertjschr. f. ger. med. III. F. VI. B. 2. H. 1893*).

Dr. Wachholz.

Notatki terapeutyczne.

W przedmiocie pielęgnowania rąk u lekarzy i operatorów pisze *la Médecine moderne*:

Częsta styczność rąk z rozczynami kwasu karbolowego i sublimatu wytwarza nie tylko nieprzyjemne uczucie zimna i upośledza zmysł dotyku, lecz także prowadzi do rozpadlin i pękań skóry, mogących się stać bramą dla chorób zakaźnych. Tak przeto lekarze, jak i operatorowie winni baczną zwracać uwagę na skórę swych rąk, by ją, ile możności, utrzymywać ciągle w stanie prawidłowym, do czego posłużyć mogą dobrze następujące przepisy:

Jeżeli ręce stykały się z płynami alkalicznemi, należy je po wyjęciu dobrze namydlić a dopiero następnie opłukać wodą miękką, lub zanurzyć naprzód we wodzie miękkiej a następnie w rozczynie 1‰ kwasu solnego, szczawiowego lub octowego.

Po zetknięciu się rąk z rozczynami kwaśnemi, należy umyć je mydłem i wodą a następnie zanurzyć w rozczynie 1‰ sody.

Po zetknięciu się z kwasem karbolowym należy włożyć ręce do wyskoku, obmyć następnie mydłem i wodą a po obsuszeniu natrzeć lanoliną.

Po sublimacie należy ręce zanurzyć w roztworze soli morskiej w stósunku 1:5, obmyć potem mydłem i wodą a nakoniec natrzeć lanoliną.

Woń kreozotu, gwajakolu i jodoformu oddalić można najlepiej przez obmycie mąką ze siemienia lnianego i wodą.

W celu zapobieżenia wypryskowi należy po operacyi obsypać ręce łojkiem mełtym (*talcum veneta*) a obsypywanie to powtarzać co godzina w razie potrzeby.

Częste mycie rąk, osobliwie w zimie, prowadzi do popękania i rozpadlin w skórze. Ażeby temu zapobiedz, należy ręce zaraz po umyciu się a przed osuszeniem natrzeć płynem złożonym z 90·00 wody różanej i 10 gliceryny lub maścią przyrządzoną podług przepisu:

151) Rp. *Acidi borici porphyrati* [1]) *10·00*
Glycerini *20·00*
Lanolini *30·00*

albo pomazywać rozpadliny dwa razy dziennie według rady Steffena maścią:

152) Rp. *Mentholi* *0·75*
Saloli
Olei olivarum
āā *1·50*
Lanolini *45·00*

Plamy anilinowe usunąć można najlepiej przez obmycie naprzód 5% rozczynem soli zwykłej, następnie 5% rozczynem nadtlenku wodoru a potem wytarcie kawałkiem płótna umaczanym we wyskoku.

Przeciw tak uporczywym bólom głowy na tle neurastenii i błednicy okazują się nieraz skutecznemi proszki:

153) Rp. *Antipyrini* *0·25*
Coffeini *0·02*
Cocaini muriatici
Opii pulverati
āā *0·01*

Proszków tych można zażywać w miarę potrzeby od 3 do 4 na dzień w filiżance naparu gorącego kwiatu pomarańczowego, malwianego i lipowego, bacząc, by między zażyciem jednego a drugiego proszku upływało przynajmniej ½ do godziny czasu. (*La médecine moderne. 9. grudnia. 1893*).

---

[1]) zeszklonego.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska.

XIII. Posiedzenie z dnia 24. listopada 1893 r.

Przewodniczący kol. Schramm. — Obecnych członków 34.

1. Po odczytaniu protokółu miał kol. Wiczkowski wykład jako przyczynek do swego dawniejszego wykładu: *czy anemia sama przez się może wywoływać gorączkę?*

Prelegent ze stanowiska teoretycznego przypuszcza możliwość wystąpienia i trwania gorączki z przyczyny samej anemii tłómacząc to zjawisko ciężkiemi zmianami, jakie niekiedy znajdujemy we krwi anemicznych. Z drugiej strony i kazuistyka może się przyczynić do wyjaśnienia tej kwestyi. Jeden z takich przypadków opisał prelegent w obszernem przemówieniu. Z wybitnych objawów należy wymienić: błony śluzowe dostępne badaniu bardzo blade, obrzęk lekki na twarzy i znaczniejszy obrzęk kończyn dolnych, nieżyt oskrzelowy w dolnych częściach płuc; badanie plwocin nie wykryło prątków gruźliczych. Komórka prawa nieco rozszerzona, wybitne szmery anemiczne, tętno miękkie, liczbą swą odpowiadające podniesieniu się temperatury; stan gorączkowy rozpoczął się w kilka dni po bardzo obfitej utracie krwi z poronienia i to bez wstępnych dreszczów, których też ani razu nie było w ciągu ośmiotygodniowego trwania gorączki. Gorączka występywała bez żadnego typu podnosząc się jużto wieczorem, jużto rano. Przy tem wszystkiem chora była swobodna, wejrzeniem swem nie zdradzała stanu gorączkowego, chodziła, cieszyła się niezłym apetytem, stolce były w porządku. Wątroba i śledziona prawidłowych rozmiarów. W moczu nie było ani razu białka, chlorki w ilości prawidłowej, powiększyła się tylko ilość kwasu moczowego. W narządzie płciowym kol. Festenburg i kol. Stahlberger nie wykazywali żadnych zboczeń. We krwi znacznie zmniejszona ilość ciałek krwi czerwonych (około dwu milionów w sześć. mm.), zmniejszona ilość hemoglobiny (27%), zwiększona ilość ciałek białych, odosobnione ciałka eozynowe, brak komórek rdzennych, mało ciałek krwi jądrzastych prawidłowej wielkości.

Prelegent rozebrał następnie krytycznie ten przypadek, wykluczył wszelkie inne choroby mogące tu wejść w rachubę, podał ścisłe cechy odróżniające *anaemia gravis* od *anaemia perniciosa progressiva*, oparte po części na własnem doświadczeniu, i doszedł do przekonania, że przypadek powyżej przytoczony musi się uważać za *anaemia gravis* a gorączkę odnieść należy do samejże anemii. Wreszcie dodał, że zanim dojdzie się do podobnego wniosku, należy bardzo ściśle wykluczyć wszelkie możliwe inne przyczyny, uznane powszechnie za wywołujące gorączkę (*ref. własny.*)

W dyskusyi zwraca kol. Prus przedewszystkiem uwagę, że kol. Wiczkowski w przypadku przez siebie przytoczonym w zanadto szczupłych granicach rozpoznał i wyróżnił od innych chorobę, skoro zadowolniwszy się wykluczeniem tylko tyfusu, malaryi i gruźlicy — rozpoznał niedokrewność ostrą a gorączkę nieregularnie i z rozmaitem nasileniem występującą odniósł stanowczo do niedokrewności. Zdaniem kol. Prusa w przypadku tym była niewątpliwie *endocarditis septica;* za tem bowiem rozpoznaniem przemawiają: 1) Ten właśnie nieregularny typ gorączki. 2) Szmer skurczowy nad komórką lewą, o którym kol. Wiczkowski wyraźnie wspomniał. 3) Zajęcie *sensorium*, aczkolwiek niedługo trwające. 4) Objawy zastoju w krążeniu (puchlina brzucha, obrzęk na twarzy i obrzęk kończyn), które kol. Wiczkowski odnosi do anemii.

Następnie przytacza kol. Prus przypadki, które obserwował jako asystent w klinice prof. Korczyńskiego, i nadmienia, że w *endocarditis septica* stósownie do przebiegu a głównie ze względu na zachowanie się gorączki, rozróżnia się dwa typy, a mianowicie typ podobny do przebiegu duru brzusznego i typ podobny do przebiegu malaryi. W jednym i drugim razie badanie fizyczne wykazuje często tylko słaby szmer skurczowy a dopiero później, gdy sprawa chorobowa dalej postępuje, zjawić się mogą wybitne szmery nie tylko skurczowe, ale także rozkurczowe. Że chora opuściła szpital jako zdrowa, nie może to przemawiać przeciw rozpoznaniu, gdyż znane są przypadki septycznego zapalenia śródsierdzia, w których sprawa chorobowa może na jakiś czas przycichnąć lub nawet zakończyć się wyzdrowieniem.

W każdym razie nie ulega zdaniem kol. Prusa najmniejszej wątpliwości, że przypadek przytoczony przez kol. Wiczk. pojmować trzeba jako sprawę septyczną, powstałą z przyczyny zakażenia wśród poronienia dość ciężkiego, powikłanego krwotokiem.

Cechy w mikroskopowem zachowaniu się krwi, podane przez kol. Wiczk., a które jego zdaniem mają służyć do odróżnienia niedokrewności ostrej od niedokrewności złośliwej, po części nie wystarczają, po części zaś były w tym razie zupełnie zbyteczne z uwagi, że przyczyna niedokrewności znaną była w niniejszym przypadku (znaczniejszy krwotok). Co się tyczy hemoglobinemii, to kol. P. wspomina, że *haemoglobinaemia equi* jest chorobą dość częstą, łączącą się z hemoglobinurią i porażeniem kończyn tylnych, aczkolwiek geneza tej choroby nie jest jeszcze należycie wyjaśniona. Największem powodzeniem cieszy się przypuszczenie, że hemoglobinemia powstaje skutkiem uwolnienia się hemoglobiny zawartej w mięśniach prążkowanych w ich zwyrodnieniu.

Korzystne działanie *arsenianu strychniny* w przypadku opisanym przez kol. Wiczk. można sobie łatwo wytłómaczyć, uwzględniwszy, że strychnina jest nieraz dzielnym środkiem wzmacniającym czynność serca a arszenik przyczynia się do do spotęgowania wymiany materyi i do odnowy krwi.

Powołując się na swe poprzednie (przed kilku miesiącami) wywody z teoretycznego czysto punktu widzenia wysnute, przychodzi kol. Prus ponownie do wniosku, że twierdzenie, jakoby anemia sama przez się mogła wywoływać gorączkę, jest błędne a przynajmniej wszystkie przypadki, które kol. Wiczkowski przytoczył, twierdzenia tego poprzeć nie mogą, i kończy swe przemówienie oświadczeniem, że w przypadkach, w których rozpoznanie przedstawia pewne trudności, o wiele lepiej jest przyznać się do nieświadomości, niż upatrywać w anemii przyczynę gorączki. (Referat własny).

Dalej w dyskusyi przemawiali kol. Wernicki, Bory, Wehr, Obtułowicz, Schramm, uważając przypadek, o którym mowa, zgodnie z zapatrywaniem się kol. Prusa za septyczne zapalenie śródsierdzia. Kol. Schramm z własnego doświadczenia podaje, że w ostrej anemii nie znajdywał nigdy gorączki.

Kol. Stahlberger dodaje dla wyjaśnienia, że wezwany do chorej lekarz miał według podania chorej wyjąć jajo płodowe. Pomimo to chora dalej krwawiła i dopiero po założeniu tamponów przez akuszerkę przestała krwawić a następnego dnia, po przyjęciu chorej do szpitala, kol. Stahlberger wyjął jajo płodowe, poczem krwotok ustał zupełnie.

Kol. Prus po wyjaśnieniach tych tembardziej uważa swoje zapatrywanie się za niewątpliwe, jeżeli się uwzględni okoliczność podaną przez kol. Stahlbergera, że chorą tamponowała posługaczka.

Kol. Kadyi po wyjaśnieniach kol. Stahlbergera również nabrał przekonania, że przypadek podany przez kol. Wiczkowskiego należy pojmować jako sprawę septyczną. Niedokrewność była następstwem znacznej utraty krwi; prócz tego długa gorączka także wywołuje i utrzymuje anemię.

Kol. Gluziński sądzi, że w danym przypadku czynnik etyologiczny był zanadto wybitny, ażeby go nie uwzględnić. Przypadek przytoczony możnaby uważać tylko za dowód, że posocznica niekiedy jest uleczalną.

Kol. Wiczkowski w odpowiedzi oświadcza, że rozpoznanie kol. Prusa: *endocarditis septica* pozbawione jest ścisłych podstaw, albowiem szmery dające się słyszeć nad sercem były natury wybitnie anemicznej, obrzęk twarzy i kończyn dolnych mogą również być następstwem samej anemii, zwłaszcza, że nie było zastoin w organach wewnętrznych; wątroba i śledziona nie były powiększone a w moczu białka nigdy prelegent nie wykazał; a przecież to są objawy, które musiałaby wywołać *endocarditis* zwłaszcza tak długo trwająca. Już prędzej możnaby było w powyższym przypadku myśleć o posocznicy; lecz jakżeż moż-

na sobie wyobrazić posocznicę bez dreszczów, bez zapadów? We krwi nie można było wykazać żadnych patologicznych drobnoustrojów; ilość chlorków w moczu była zawsze prawidłowa. Chora była prawie przez cały przeciąg choroby swobodna, chodziła, niekiedy dość jadła; wogóle nie robiła wrażenia chorej na posocznicę. Wobec tych danych nie wahał się prelegent wykluczyć wszelkich innych przyczyn mogących wywołać gorączkę a rozpoznał tylko ciężką anemię, która była przyczyną gorączki. (*Ref. własny*).

2) Kol. Kohlberger miał odczyt p. n.: *Typowe formy chorób umysłowych.* (Rzecz będzie w całości drukowana).

Na tem posiedzenie zakończono. Sekretarz *Dr. Bory.*

VI. Wiadomości bieżące.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbytem w dniu 20. b. m. wybrani zostali w myśl wniosków Komitetu przedwyborczego, którego sprawozdawcą był prof. Pieniążek, na rok 1894 prezesem Dr. August Kwaśnicki, wiceprezesem Dr. Józef Surzycki, sekretarzem stałym doc. Dr. Franciszek Sroczyński, sekretarzem dorocznym Dr. Leon Kryński, redaktorem *Przeglądu lekarskiego* prof. Dr. Stanisław Domański, członkami komisyi redakcyjnej profesorowie Drowie: Napoleon Cybulski, Władysław Antoni Gluziński, Antoni Mars i Alfred Obaliński, delegatami do Rady zaw. Tow. lek. galic. Drowie Władysław Bylicki i Hilary Schramm.

— Dr. Henryk Kümmerling osiadł na zimę jako lekarz praktyczny w Abbazyi.

— W roku 1892 wywieziono z Peruwii liści koki do Londynu 2672, do Hamburga 932 i do Nowego Jorku 221 funtów, razem przeto 3825 funtów wartości w przybliżeniu 400000 franków. Najwięcej koki pochodzi z prowincyi Huanuco.

— Haffkine próbuje dalej w Indyach Wschodnich swych szczepień przeciw cholerze. Do końca października zaszczepił już 14000 osób prawie wyłącznie z ludności angielskiej.

— Najstarsza niewątpliwie osoba, na której w czerwcu r. 1843 dokonał Dr. Atlee w Filadelfii owaryotomii, stara panna, żyje, ma lat 81 i cieszy się jak najlepszem zdrowiem.

— W Marsylii otwarto w dniu 9. b. m. drugi we Francyi (po Paryżu) zakład szczepienia przeciw wściekliźnie metodą Pasteurowską. Dyrektorem zakładu tego został Dr. Livon a naczelnikiem pracowni Dr. Azaïs.

— W Warszawie powstały temi czasy dwa nowe zakłady lecznicze prywatne, mianowicie Dr. Roman Skowroński po odpowiednich studyach w Sztokholmie i Berlinie otworzył przy ulicy Jasnej pod l. 7 zakład gimnastyczno-leczniczy dla mężczyzn i kobiet a Dr. Bączkiewicz urządził zakład leczniczy dla chorych stałych, przychodnich i dla szczepienia ospy ochronnej.

— Ażeby ulżyć skarbowi publicznemu wydatków na utrzymywanie uniwersytetów a mianowicie klinik i instytutów lekarskich, zamierza rząd pruski przedłożyć sejmowi projekt do ustawy, mocą której miasta uniwersyteckie będą musiały przyczyniać się o wiele więcej, niż dotychczas, do wydatków na uniwersytety a w szczególności na administracyę klinik i poliklinik.

— W Towarzystwie Hufelanda w Berlinie miał w dniu 7. b. m. znany profesor O. Liebreich wykład o znaczeniu biologicznem mazi skórnej (*vernix caseosa*) a określiwszy ją chemicznie jako eter cholesteryny, oświadczył się za tem, iż ma ona chronić płód od żrącego działania wód płodowych.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Warszawie w dniu 12. b. m. Dr. Tomasz Trąbczyński, przeżywszy lat 57. W Bracławiu na Podolu Dr. Erazm Strzelecki, niegdyś tamtejszy lekarz miejski, przeżywszy lat 69. W Krakowie Dr. Fryderyk Braunstein, przeżywszy lat 75. W Abbazyi Dr. Łazarz Dokicz, b. prezydent ministrów serbskich, przeżywszy lat 48. W Urac Dr. Duprè, b. profesor Wydziału lekarskiego w Montpellier i były senator z departamentu *Hautes-Pyrénées*, przeżywszy lat 85.

Na przewiezienie zwłok ś. p. Dra Wóycikowskiego złożyli na ręce Prezesa Tow. lek. krak. w dalszym ciągu następujący koledzy: prof. Stopczański, prof. Łazarski po 5 złr.; Paszkowski, Wiszniewski po 3 złr.; Gabryszewski, prof. Korczyński, prof. Pareński, Skobel po 2 złr.; Blatteis Jakób, Borzęcki, Bossowski, Braun, Buzdygan, Cercha, Cholewicz, prof. Cybulski, Filimowski, Gwiazdomorski, prof. Halban, Hauser, Kohn, Kopff, Korczyński L., Kośmiński, Koy, Langie, Łepkowski, Lustgarten, Mendelsburg, Oettinger, Pelczar Z., Płotrowski E., Rosenzweig, Rosner A., Schaitter, Schwarz, Skórczewski, Śliwiński, Wachholz, prof. Walentowicz, Kosiński, Brudzewski, Haim, Milewski, Tyszkiewicz po 1 złr.; Hirsch Herman, Junger Jakób, Kirschner Aron, Sokołowski, Świtalski, Żuławski, Zanietowski młodszy po 50 cent.; Torczyński, Biesiadzki po 25 cent. Razem 65 złr.

Z poprzednio złożonemi na ręce Prezesa 59 złr.

Razem 124 złr.

Na pomnik ś. p. Dra Wóycikowskiego złożyli w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* członkowie grona redakcyjnego *Kroniki lekarskiej* 10 rubli oraz Dr. Kluczycki z Mędrzechowa 2 złr.

Sprostowanie. W artykule Dra Bąkowskiego w nrze 45, str. 645, szp. I., w. 26 od góry zamiast „z głową dużą, twardą, znacznie opuchłą“, winno być „z twarzą znacznie opuchłą, głową dużą“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 1093.

KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 1. grudnia b. r. L. 63,215/893 rozpisuje się konkurs na posadę **prosektora** przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr. w. a. z prawem do 3 pięcioletnich dodatków po 200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya w dziale patologicznej anatomii i naukowe prace w tym kierunku dokonane;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 15. stycznia 1894 r. włącznie na ręce Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Lwów, dnia 7. grudnia 1893 r.

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego:

140—4—2 *Dr. Głowacki.*

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W mieście Kańczuga jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z roczną płacą w kwocie 300 złr. w. a. i mieszkaniem.

Ubiegający się o tę posadę zechcą się do 1. stycznia 1894 r. u Zwierzchności gminnej pisemnie lub osobiście zgłosić. 142—2—1

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.

Rok XXXII. Kraków, 30. Grudnia 1893. Nr. 52.

Redakcyja:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9.
Telefonu Nr. 108.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmuje: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam 81, Rue des Saintes Pères, *w Nowym Jorku* Dr. Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy
zwracają się
tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 3⅛ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1-ym Stycznia 1894 rok trzydziesty trzeci swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym, co teraz, formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień jak najregularniej.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim są płatne.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem później objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy tej sposobności uwagę Szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. O stósunku choroby Morvana do syryngomyelii i do trądu.

Podał

Dr. Jan Prus we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 51.)

Lepra tuberosa rozpoczyna się wśród ogólnych objawów jak uczucia znużenia, zboczeń w trawieniu, zawrotów głowy, bolów w stawach, gorączki, pojawiania się plam różnej wielkości, najczęściej na twarzy lub na piersiach. Plamy te z początku są czerwono-miedziane, później zaś brunatne a skóra w tych miejscach jest gładka, lśniąca, zgrubiała, za uciskiem bolesna. Po miesiącach, czasem po latach, pojawiają się na skórze guzki różnej wielkości, przede wszystkiem na twarzy (nad brwiami, na nosie, na policzkach, na brodzie), na tułowiu i kończynach a czasem na spojówce i rogówce, na błonie śluzowej nosa, gardła i krtani. Wskutek mnóstwa guzków i rozlanych nacieków na twarzy a głównie z powodu zgrubienia nosa, warg i brody, twarz chorego staje się podobną do twarzy lwiej (*facies leonina, leontiasis*) gdy tymczasem zgrubiałe i zniekształcone kończyny dolne przybierają podobieństwo do nóg słonia (*elephantiasis*). Dalszy rozwój guzków jest zwykle nader powolny; wiele z nich ulega wessaniu, inne rozszerzając się ku obwodowi, rozpadają się w środku, inne dają powód do wytworzenia się wrzodów. Jeżeli wrzody te drążą wgłąb, to sprowadzają ropienie i otwarcie różnych stawów a następnie kości wychodzą lub odpadają falangi, palce i t. p. (*lepra mutilans*).

Lepra anaesthetica (*s. nervorum s. trophoneurotica*), cechująca się głównie utratą czucia, okazuje w ogólności większą rozmaitość objawów, niż forma pierwsza (trąd guzowaty). Objawy zwiastunowe są podobne, jak w formie pierwszej; brak tylko gorączki a natomiast pojawia się przeczulica skóry, swędzenie i bóle błyskawiczne, rwiące. Wkrótce okazują się na skórze rozmaitego rodzaju plamy. Tenneson odróżnia następujące odmiany tych plam:

1) Plamy nawałowe (kongestyjne) tworzą często pierścienie niezupełne, blado-różowe, o wielkim promieniu, o zarysach nieokreślonych, które przecinają się pod różnemi kątami. Wyjątkowo plamy te łączą się z naciekami, łuszczą się i są siedzibą lekkiego swędzenia lub bólu. Te plamy są albo przemijające albo stałe; w tym ostatnim razie pozostawiają po sobie plamy barwikowe.

2) Plamy barwikowe (*tâches pigmentaires*) są pierwotne lub następowe po plamach nawałowych. Czasem okrągławe, o brzegu czystym, wielkie jak moneta; barwa ich jest od blado żółtej do ciemno brunatnej. Tworzą pierścienie zupełne lub niezupełne, o wielkim promieniu i rozszerzają się odśrodkowo. Pierścienie są czasem utworzone z pasm współśrodkowych, rozmaicie zabarwionych, czerwonych, nie-

bieskich, żółtych i t. d. (wejrzenie w całości charakterystyczne).

3) *Tâches leucodermiques ou achromiques.* Plamy bezbarwne są albo pierwotne albo następowe po innych plamach. Są to plamy odbarwione w środku a barwikowe lub nawałowe w obwodzie. Odróżniają się i odbijają na skórze zdrowej przez swój kolor biały, mleczny. Włosy rosnące na tych plamach są również białe. Oprócz plam pojawiają się także, zwłaszcza na rękach i nogach pęcherze, które nie okazują nic szczególniejszego. Wielkość ich jest rozmaita. Czasem nadawano im nazwę *pemphigus leprosus.* Tworzą się wśród gorączki lub bez gorączki. Gdy pękają, czasem odradza się warstwa rogowa; czasem pozostaje po nich strup lub wrzód. Te wrzody i strupy cechują formę *lèpre lazarine.* Z wystąpieniem plam i ich rozwojem łączą się zboczenia w czuciu dwojakiego rodzaju: objawy podniecenia, polegające na newralgiach i różnego rodzaju przeczulicach, które atoli są niestałe i przelotne, i objawy znieczulenia mające większe znaczenie semiologiczne. W obszarach rozmaicie rozrzuconych i rozmaitej wielkości a w szczególności w zakresie plam bezbarwnych, czucie jest zmniejszone lub zniesione albo we wszystkich albo w pewnych tylko rodzajach. Często jest utrata czucia bólu i czucia temperatury z utrzymaniem się czucia dotyku (częściowe zniesienie czucia). Znieczulenie obejmuje nietylko obszary skóry okazujące zmianę w barwie, lecz może później stać się ogólne. Im dłużej sprawa chorobowa toczy się w nerwach, do tem większego przychodzi zwyrodnienia nerwów. W niektórych przypadkach wyczuć możemy zgrubienia pni nerwowych; najczęściej nerwu łokciowego (między wyrostkiem łokciowym (*olecranon*) a kłykciem wewnętrznym ramienia) lub splotu barkowego i t. p. a nerwy w tych miejscach są za uciskiem czasem bardzo bolesne. Równocześnie obok zmian w czuciu i zmniejszenia się wydzielania potu pojawia się zanik skóry i tkanki podskórnej (skóra jest zwiędła) i rozliczne porażenia nerwów ruchowych wraz z zanikiem mięśni, powstałym jużto na tle zboczeń odżywczych, już też wskutek nieczynności. Jeżeli sprawa chorobowa zajmuje nerw twarzowy, to chorzy tacy mają wyraz twarzy smutny, melancholiczny. Skutkiem porażeń nerwów obwodowych wytwarza się ułożenie palców w kształcie szponów a na kończynach dolnych tak zwany: *Klumpfuss-Stellung.* Mięśnie międzykostne są zwykle również zanikłe; w krótkim jednak czasie pojawia się jeszcze jeden objaw, który dopiero charakteryzuje całą chorobę. Skutkiem zboczeń odżywczych tkanina wśród nieznanych objawów zapalnych ulega wessaniu, cieńczeje tak, że pod wpływem postępującego zaniku skóry, powięzi i ścięgien otwiera się jeden lub drugi staw i cały palec i t. p. odpada, już-też skutkiem urazów powstają na rękach i nogach owrzodzenia, które w końcu prowadzą do mutylacyi, t. j. do odpadnięcia falang lub całych palców u rąk i nóg, lub nawet całej ręki albo nogi. Tu i owdzie przychodzi także do suchej lub mokrej zgorzeli.

W ten sposób powstają znaczne zniekształcenia. Dodać należy, że w kończynach, zwłaszcza dolnych, pojawia się mrowienie, bolesność pni nerwowych a chorzy nie są w stanie w jednakowej pozycyi dłuższy czas ani leżeć ani siedzieć; również nie mogą ani iść ani stać bez gwałtownych bolów. Stan chorych jest opłakany. Później pojawiają się przytępienie umysłu, obniżenie ciepłoty ciała, zwolnienie akcyi serca, *marasmus* lub powikłania (zapalenie nerek, ropnica i t. p.) lub wreszcie swoiste zmiany trądowe w płucach (*phthisis pulmonum leprosa*). Dodać winienem, że czasem zdarzają się kombinacye obu form a wtedy mówimy o formie mięszanej (*lepra mixta*) i że w niektórych krajach przeważa forma pierwsza (*lepra tuberosa*) odznaczająca się szybkim przebiegiem, w innych zaś forma druga (*lepra anaesthetica*), okazująca przebieg powolny: 8, 10 i więcej lat trwający.

Jak już wspomniałem, niektórzy (Wilson, Kaposi) odróżniają jeszcze jednę formę, tak zwaną plamistą (*lepra maculosa*), cechującą się plamami czerwonemi fiołkowemi lub brunatnemi z naciekami lub bez nacieków w skórze, pomięszanych z punkcikami lub smugami białemi (z powodu barwika w skórze). Wilson odróżnia nadto: *morphaea rubra, alba, lardacea, atrophica, nigra, vitiligo,* jako plamy różnej wielkości, w środku białe lub zabarwione o brzegach czerwonych. *Lepra maculosa* przechodzi później w formę albo pierwszą (*tuberosa*) albo drugą (*anaesthetica*). Ważną dla nas jest rzeczą, że forma plamista ma przedstawiać rodzaj zabytku pierwotnego, epidemicznego trądu w krajach, które obecnie od niego są wolne i że forma ta może się samodzielnie wyleczyć a przynajmniej w wysokim stopniu ustroju nie nagabuje.

Pod względem klinicznym uderzają u naszej chorej następujące objawy, mogące budzić podejrzenie trądu: zniekształcenie rąk, brak jednych falang (*mutilationes*), ścieńczenie i skrócenie innych falang, plamy białe na skórze rąk i palców, podobne do plam opisywanych jako *tâches achromiques* lub *morphaea alba*, częściowe porażenie czucia, zgrubienie nerwu łokciowego, niedowład mięśniowy i takiż zanik. Z porównania objawów typowych dla *lepra anaesthetica mutilans* z objawami u naszej chorej opisanemi, musimy przyjść do przekonania, że nie tylko nie mamy żadnych podstaw, na których moglibyśmy trąd wykluczyć w swoim przypadku, ale, co więcej, właśnie już na podstawie objawów klinicznych skłonić się musimy do rozpoznania tej formy trądu (*lepra anaesthetica mutilans*). Oczywiście, że dowód pewny dla tego zdania możnaby uzyskać tylko za pomocą badań bakteryologicznych. Nie mogąc jednak namówić chorej do pozwolenia wycięcia kawałka nerwu ani nawet do wytworzenia miejscowego ropienia za pomocą pryszczydła (*vesicans*), jak to radzą Kalindero i Babes (*La lèpre en Roumanie*, *Annales de l'Institut de Pathol. et de Bacter. de Boucarest 1888/9 str. 463*), musiałem się ograniczyć do badania krwi, którego też dokonałem jak najdokładniej.

W kropli krwi świeżej, wziętej z opuszki palca, okazywały ciałka czerwone słabsze zabarwienie (z powodu mniejszej ilości hemoglobiny), niż w stanie prawidłowym, układały się dosyć trudno w ruloniki, ciałka białe znachodziły się w znaczniejszej ilości, niż zwykle, ilość płytek Bizzozera była skąpa a siatka włóknika powstawała późno. W milimetrze sześć. krwi znajdywało się średnio 3,979.000 ciałek czerwonych, 32.000 ciałek białych a zatem w porównaniu do stanu prawidłowego wykazały obliczenia, że obok zmniejszenia się ilości ciałek czerwonych zwiększyła się wybitnie liczba leukocytów. Stósunek ciałek białych do czerwonych 1:124. W preparatach przykrywkowych barwionych już to eozyną i błękitem metylenowym według metody Aldehoffa, już to eozyną i hematoksyliną lub fuksyną i błękitem metylenowym według metody Ehrlicha, napotkałem przedewszystkiem znaczną ilość myelocytów, t. j. komórek

wielkich, o jednem lub dwu jądrach, sporych, okrągłych lub wklęsłych, o pierwoszczu wypełnionem mnóstwem ziarenek neutrofilnych, oraz znaczną ilość leukocytów neutrofilnych (ε ziarnistości Ehrlicha), wielojądrzastych (rzadziej o jednem zrazowatem jądrze). Komórki eozynofilne (α ziarnistości Ehrlicha) znajdywały się w małej ilości a ziarnka tych komórek w ogóle były słabiej zabarwione, niż we krwi prawidłowej (nie miały barwy żywo-ceglasto-czerwonej, lecz barwę blado-różową i nie błyszczały tak pięknie). Czasem napotkać mogłem w wspomnianych myelocytach figury karyokinetyczne, lub co częściej się zdarzało, obecność kilku jasnych, niezabarwionych banieczek (*vacuolae*) przeważnie w jądrze, po części zaś w pierwoszczu.)

W preparatach barwionych według metody Riklego (fuksyna karbolowa Ziehl-Nelssena, odbarwienie za pomocą wyskoku słabo zakwaszonego kwasem solnym) lub według Kocha i Ehrlicha lub metodą Unny (błękit metylenowy przez 20 minut, opłukanie w wodzie, zgęszczony roztwór wodny taniny 5 minut, opłukanie w wodzie, absolutny alkohol, olejek gwoździkowy) wykazałem niewątpliwie obecność cienkich prątków na mniej, niż połowę ciałka czerwonego długich, jużto wolno pomiędzy komórkami się znajdujących, jużteż zawartych w pierwoszczu wielkich komórek (myelecytów), po kilka czasem w jednej komórce. Wprawdzie prątki trądowe (wykryte przez Hansena 1874) ze względu na swój kształt i oddziaływanie mikrochemiczne zachowują się podobnie, jak prątki gruźlicze, to jednak z uwagi, iż we krwi znajdują się prątki gruźlicze tylko w przypadkach gruźlicy prosówkowej (którą u naszej chorej stanowczo wykluczyć możemy), musimy stanowczo przyjść do przekonania, że prątki znalezione we krwi są niewątpliwie prątkami trądowemi. Wobec tego uważam rozpoznanie trądu w naszym przypadku za udowodnione.

Skoro zaś, jak to poprzednio wykazałem, przypadek nasz przedstawia typowy obraz choroby Morvana, jest zupełnie usprawiedliwionym wniosek, że choroba Morvana nie może zajmować w patologii odrębnego stanowiska, lecz że jest ona tylko pewną formą trądu a mianowicie *lepra anaesthetica mutilans*. Przypadek nasz zatem dowodzi również, że zdanie Zambaki jest słuszne. Gdy następnie uwzględnimy że niemal wszyscy autorowie chorobę Morvana zaliczają do syryngomyelii, czujemy się w prawie w pierwszym rzędzie do wniosku, że przynajmniej te przypadki syryngomyelii czyli gliomatozy, które przebiegają pod typowym obrazem choroby Morvana, należy zaliczyć do trądu. Chcąc odpowiedzieć na pytanie tu się nasuwające, czy inne przypadki syryngomyelii można również uważać za trąd, musimy wprzód wyjaśnić związek pomiędzy objawami klinicznemi a zmianami anatomicznemi (bujanie tkanki neurogliowej i tworzenie się jam w rdzeniu pacierzowym) i czynnikiem étyologicznym t.j. prątkami trądowemi. Wyszedłszy ze założenia, że prątki trądowe są przyczyną zmian anatomicznych, w tej chorobie znajdywanych a przez to i objawów klinicznych, możemy sobie całą sprawę przedstawić jedynie tylko w następujący sposób: Prątki trądowe, gdy wnikną w głąb skóry, rozmnażają się w pochewkach nerwów skórnych i wywołują w nich zwyrodnienie włókienek nerwowych (*neuritis interstitialis et parenchymatosa*). Już z tego powodu pojawić się mogą rozmaite przypady, jak zmiany w czuciu i zboczenia odżywcze (hiperestezye, anestezye, zanogcice, plamy rozmaitego rodzaju na skórze i t. p.) Następnie prątki trądowe, wędrując wzdłuż nerwów, sprowadzają podobne zmiany w grubszych pniach nerwowych (skutkiem czego występuje nadto niedowład różnych mięśni oraz ich zanik) a dotarłszy wreszcie do rdzenia pacierzowego rozwijają się przeważnie w tkance neurogliowej, głównie w substancyi szarej, wywołując bujanie neuroglii (*gliomatosis*) a następnie jej rozpad, skutkiem czego powstają jamy w rdzeniu pacierzowym (syryngomyelia). Że w chorobie Morvana są zapalenia nerwów, dowodzą tego badania Monoda i Reboula powyżej przytoczone, jak niemniej Joffraya i Acharda i innych, a że również tego rodzaju zmiany znajdują się w przypadkach trądu (*neuritis et perineuritis leprosa ascendens*), zbytecznie wspominać. Należy więc tylko poprzeć przypuszczenie, że prątki trądowe mogą się rozmnażać w rdzeniu pacierzowym i wywoływać przerzeczone zmiany. Najnowsze badania Tedeschiego (*Ueber die Uebertragung der Lepra auf Thiere. Centrbl. f. Bakteriol. u. Paras. 1893. T. XIV. Nr. 4/5*) dają nam w tej mierze ważną podstawę. Jak wiadomo, mimo wielu doświadczeń nie udało się dotychczas przeszczepić trądu na zwierzęta. Tedeschi jednak (w zakładzie patologicznym w Sienie) szczepiąc małpie drobne kawałeczki, wycięte z guziczków trądowych, do ośrodków nerwowych a mianowicie pod oponę rdzenia pacierzowego, wywołał niewątpliwie zmiany trądowe w rdzeniu pacierzowym. W 8 dni po zaszczepieniu zginęła małpa a sekcya wykazała, że rdzeń pacierzowy był niejako osłonięty czerwono-żółtą masą miernej konsystencyi na znacznym obszarze (10 cm.) a złożoną z ciałek białych, komórek przybłonkowatych i ogromnej ilości prątków trądowych i otoczony biało-żółtą, ćmą cieczą. Osłony miękkie były przekrwione a w cieczy komór mózgowych pod osłoną pajęczą i w wypocinie w rdzeniu pacierzowym znalazł wielką ilość prątków trądowych. Wewnątrz tkaniny nerwowej znajdywały się małe ogniska nekrotyczne i obrzmienie nerwów oraz komórek zwojowych, nadto wybitny drobnokomórkowy naciek wzdłuż naczyń i ogniska utworzone z ciałek białych i przybłonkowatych z cechą guziczków trądowych. U królików i świnek morskich szczepienie wywoływało *meningo-encephalitis* i *meningomyelitis* z ogromną ilością prątków trądowych. Na podstawie tych doświadczeń sądzi Tedeschi, że prątki trądowe znajdują w ośrodkach nerwowych i w cieczy mózgo-rdzeniowej korzystne okoliczności do swego rozwoju i do wzmocnienia swej żywotności i że zwierzęta, które nie są wrażliwe na szczepienia w inne miejsca (pod skórę, do przedniej komórki oka, do jamy otrzewnowej, do krwi), ulegają zakażeniu, jeżeli im zaszczepiono prątki do ośrodków nerwowych. Wobec tego możemy śmiało przypuścić, że prątki trądowe znajdujące w nerwach obwodowych i w ośrodkach nerwowych korzystne okoliczności dla swego rozwoju a mianowicie, jak Campana (*Mtshefte f prakt. Derm. T. XVII N. 3)* sądzi, że prątki trądowe jako anaeroby, wyszukują okolice ubogie w tlen i szerzą się drogą przestworów limfatycznych tych głównie, które przebiegają wzdłuż nerwów a mniej tych, które przebiegają wzdłuż naczyń, mogą zawędrować aż do rdzenia pacierzowego i tam wywołać bujanie tkanki newrogliowej (*gliomatosis*), z której rozpadu powstają następnie jamy cechujące syryngomyelię. Przyszedłszy do tego przekonania, nie mogę ukryć swego przypuszczenia, że Schultze (*Zur Kenntniss der Lepra. Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 43. str. 496)* wykluczywszy w sposób kategoryczny nietylko możebność schorzenia rdzenia pacierzowego w prze-

biegu trądu i zaliczywszy (mojem zdaniem) przypadki trądu opisane przez Steudenera (*Beitr. zur Path. der Lepra Erlangen 1867*) i Langhansa (*Virch. Arch. 1875 Str. 175*) i wiele innych do syryngomyelii nie mało przyczynił się do tego, że za jego przykładem inni autorowie w wątpliwych cokolwiek przypadkach rozpoznawali syryngomyelię a nie trąd i że przez to właściwe wykrycie związku pomiędzy syryngomyelią a trądem odwlekło się na tak długo.

Podając tłómaczenie bujania neuroglii i powstawania jam w rdzeniu pacierzowym przez działanie prątków trądowych, bynajmniej nie chcę twierdzić, aby każdy przypadek syryngomyelii zawdzięczał swe powstanie wyłącznie prątkom trądowym, gdyż możliwą jest rzeczą, że i inne czynniki wywołać mogą bujanie neuroglii i następowy jej rozpad. Które jednak przypadki uważać należy jako syryngomyelia *leprosa*, a które jako syryngomyelia *non leprosa*, rozstrzygnąć może zupełnie stanowczo wprawdzie tylko badanie bakteryologiczne, chociaż zdaje mi się, że nie ulega wątpliwości, iż i bez poszukiwań bakteryologicznych w tych przypadkach przynajmniej, w których są objawy cechujące chorobę Morvana, jak zanogcice i t. p. albo też plamy mleczne, nie będące bliznami, na skórze lub innego rodzaju plamy opisane powyżej jako trądowe, zgrubienia pni nerwowych (zwłaszcza nerwu łokciowego) a w ogóle objawy cechujące trąd, możemy z największem prawdopodobieństwem rozpoznać trąd. Nie wyliczając wszystkich przypadków, które dotychczas opisano pod nazwą syryngomyelii a które dziś prawie stanowczo uznać musimy za trąd, ograniczę się na wzmiance, że nie tylko w pracy Anny Bäumler (*Ueber Höhlenbildungen im Rückenmark. Deut. Arch. f. klin. Med. T. 40, 1887*), która zestawiła 114 przypadków syryngomyelii znanych do roku 1887, ale i w późniejszej literaturze napotykamy na przypadki trądu opisywane pod nazwą syryngomyelii jak n. p. o tem świadczy przypadek Kretza (*Ueber einen Fall von Syringomyelie. Wiener. Klin. Wochenschr. 1890. N. 25. 26. Str. 481*). W przypadku tym było na przedramieniu lewem mnóstwo plam białych, otoczonych brzeżkiem barwikowym z nieco zanikłą warstwą brodawkową skóry, podłużnych i okrągłych aż do wielkości centa, o których pochodzeniu i trwaniu chory nic nie umiał powiedzieć, a jeżeli nadto wspomnę, że chory ten przebywał w Grecyi, Turcyi i Rumunii, a więc w krajach, w których trąd pojawia się stósunkowo dość często, nietrudno nam będzie przyjść do przekonania, że przypadek ten był niewątpliwie trądem.

Roztrząsnąwszy stósunek choroby Morvana i syryngomyelii do trądu nie od rze-czy będzie nadmienić, że w ostatnich czasach niektórzy badacze zaliczają do trądu inne jeszcze choroby, n. p. pewne formy sklerodermii.

Przypadek nasz ma pewne znaczenie nie tylko z tego względu, że wskazuje na tożsamość choroby Morvana i niektórych form syryngomyelii z trądem, ale także i z tej przyczyny, że rozpoznając w tym przypadku trąd, stwierdzamy zarazem, że trąd jest w naszym kraju niewątpliwie *(autochthon)*. Okoliczność ta, aczkolwiek, o ile mi wiadomo, po raz pierwszy u nas wykazana, nie może nas atoli zbytecznie zadziwiać, skoro uwzględnimy, że jak nowsze spostrzeżenia uczą, trąd wykryto już w najrozmaitszych miejscowościach Europy, w których do niedawna o chorobie tej nie było wzmianki. I tak nie ulega wątpliwości, że trąd istnieje w Mołdawie, Wołoszczyźnie, Rumunii (Schreiber, Kalinder i Babes l. c.), południowej Rosyi (Minnich), w Węgrzech (Schwimmer opisał kilka przypadków), w Tyrolu (Lang 2 przypadki), w Bośnii (Neumann), w Rydze (Bergmann), w Petersburgu (Petersen), w Mikołajewie (Knorre) i t. d.

Nie zajmując się wcale pytaniem, w jaki sposób choroba się szerzy, jak sobie tłómaczyć należy przypadki sporadyczne, jaką rolę odgrywa dziedziczność w tej chorobie, o ile choroba ta jest zaraźliwą, wspomnę tylko, że Danielssen szczepił sobie kawałeczki, wycięte z guzów trądowych, cztery razy, a mianowicie w roku 1844, 1846, 1856 i 1858, oraz wielu innym osobom, zawsze z wynikiem ujemnym i że, jak Tenneson twierdzi, w Paryżu nie zdarzył się żaden przypadek zarażenia się trądem i że nie ma wcale powodu do odosabniania trędowatych, chociaż z drugiej strony nie mogę tu właśnie pominąć milczeniem, że Ojciec Damian po długoletnim pobycie w szpitalu dla trędowatych na wyspach Havai w Molokai, umarł skutkiem trądu i że w południowej Ameryce w ostatnich 20 latach, trąd gwałtownie się wzmógł tak, że obecnie już 10ta część departamentów Santander i Boyac trądem jest nawiedzona a rząd zamierza zbudować przytułki dla chorych.

Pomnąc na słowa, które Fr. Engel Bey w sprawozdaniu swem z czynności ankiety trądowej w Egipcie wypowiedział: „.....*daneben hat aber wohl jedes Land die Pflicht der Lepra bei sich nachzuforschen, und jeder, den Gelegenheit oder Stellung dazu beruft, soll sein Scherflein zu ihrer Kenntnis beitragen*“ będę uważać cel niniejszej rozprawy za dopnięty, jeżeli praca ta zwróci uwagę szerszych kół lekarskich na przedmiot ten ze wszech miar godny śledzenia.

II. Oceny i sprawozdania.

Psychiatrya.

Rasori: Przyczynek do etyologii i patogenezy ostrego obłędu (*delirium acutum*).

Już dawno przekonano się, że choroba umysłowa znana pod nazwą ostrego obłędu (*delirium acutum*), jest wtórorzędną. Wedle Bianchiego stanowi obłęd ostry chorobę, przebiegającą ostro z ciężkiemi zboczeniami zmysłowemi, wśród popędów do ruchu, upośledzenia a nawet zniesienia przytomności, kurczów, szybkiego chudnięcia i t. d.; zwykle kończy się ona śmiercią.

Autorowi udało się z przypadku, klinicznie rozpoznanego jako obłęd ostry, otrzymać prątek dosyć mały, trzy razy dłuższy niż szeroki z zaokrąglonemi końcami. Zwykle spoczywają prątki z osobna; czasem są po dwa i po trzy razem zczepione. Między indywiduami typowemi, przyjmującymi barwik, łatwo zdarzają się atypowe, dłuższe, proste lub skręcone, gorzej się barwiące rozczynem karbolowym błękitu metylenowego Kühnego lub alkalicznym rozczynem Löfflera. Prątki te barwią się mocniej na swych końcach, niż w środku.

Rozwijają się one szybko i dobrze w ciepłocie 35° C. na żelatynie po 2—3 dniach w postaci żółtych, gruboziarnistych i ostro odgraniczonych ognisk. Hodowle nakłówane tworzą na wolnej powierzchni woskowo białą powłokę (podobnie jak łańcuszkowe koki ropne), w głębi drobne, żółtawe, nie rozpuszczające pożywki ogniska. Hodowle bulionowe rozwijają się już w drugim dniu, przyczem bulion mąci się i powstaje osad proszkowaty. Hodowle na zwykłym lub z krwią sporządzonym agarze powstają po dwóch dniach w postaci okrągłych, do śmietany podobnych ognisk. Na ziemniaku metodą Globiga wyrastają w 24 godzinach, tworząc dość głęboki, nieregularny, szaro-żółty dołek. Bliższych biologicznych właściwości tego prątka autor nie badał; prze-

konał się tylko, że na agarze z krwią zmięszanym najdłużej zachowuje swą żywotność.

Szereg doświadczeń autora z przeszczepianiem prątków z hodowli pod oponę twardą, pod skórę, w nos i t. d. królikom wykazał, że prątek sprowadza w krótkim czasie śmierć wśród objawów porażenia. Sekcya wykazuje mocne przekrwienie opon i kory mózgowej z obrzękiem, wynaczynionkami i ogniskami rozmiękłemi w mózgu. Badanie treści podoponowej u królików zaszczepionych wykazuje te same prątki tak w preparatach, jak i w hodowlach. (*Centralbl. für Bakteriologie, B. XIV, Nr. 16. 1893.*) *Dr. Wachholz.*

Terapia.

K. Koehler: Czy leczenie suche w *otitis media purulenta* jest uzasadnione?

Autor przytaczając, że wdmuchiwanie proszków do ucha było oddawna znane i używane i że je w roku 1880 Bezold na nowo wprowadził do terapii, oświadcza, że metoda ta okazała się niebardzo praktyczną, nieskuteczną a często nawet wręcz szkodliwą i że jej wkrótce zaniechali otyatrzy, tem bardziej, iż według Schwartzego a nawet i samegoż autora następowe zapalenie okostny wyrostka sutkowego trafia się po niem częściej, niż przedtem. Dlatego po przywiedzeniu rozmaitych okoliczności przemawiających przeciw używaniu proszków w zapaleniu ropnem ucha środkowego oświadcza się autor za wkraplaniem stósownych płynów według pewnych prawideł, uważa przestrzykiwania w ogóle za przeciwskazane, a jeżeli ma się już koniecznie przestrzykiwać, to sądzi, iż może to zrobić tylko lekarz i to nie zwykłą strzykawką, lecz balonem gumowym i nie odwarem rumianku, któregoby można użyć w ostateczności jedynie po bardzo dokładnem przecedzeniu. (*Nowiny lekarskie. 10. 1893. i osobna odbitka*). *D.*

Medycyna sądowa.

Haberda (Wiedeń): Znaczenie sądowo lekarskie obrażeń gardła w zwłokach noworodków.

Autor podaje na podstawie zestawienia 18 przypadków cenne uwagi odnoszące się do sposobu zabijania noworodków przez wprowadzenie ciał obcych do gardła.

We wszystkich tych 18 przypadkach zaczerpniętych z bogatej kazuistyki zakładu sądowo lekarskiego wiedeńskiego znalazły się w zwłokach obrażenia podniebienia miękkiego i gardła, o cechach świadczących, iż powstały z jednej i tej samej przyczyny. Uszkodzenia te w postaci pęknięć i rozdarcia części miękkich podniebienia i gardła miały cechy uszkodzeń zadanych tępem narzędziem i podłużny kierunek. Najczęściej zdarzają się na częściach bocznych jamy gardlanej a poczynając się na łukach podniebiennych przechodzą na ściany gardła i sięgają częstokroć aż do gardziela *(oesophagus)*, czasem przedstawiają się w formie pęknięć przy nasadzie łuków, czasem zaś tkanki nie są naruszone, tylko uszkodzenia krwią podbiegłe. Na tylnej ścianie gardła mają najczęściej kształt okrągławy, nieregularny i mogą przebiegać w głębi w postaci przewodu. Różne kształty powyższych uszkodzeń przemawiają za różnym mechanizmem, którym je wywołano. Doświadczenia autora na zwłokach noworodków wykazały, że jeźli palec lub lepiej dwa wprowadzi się z siłą do jamy gardlanej od przodu w tył, wtedy wywołuje się z łatwością obrażenie tylnej ściany gardła w postaci otworu okrągławego lub stósownie do siły w postaci przewodu. Przy wprowadzaniu dwóch palców do jamy gardła stawia cieśń gardła (*isthmus faucium*) największy opór, którego przezwyciężenie wywołuje boczne pęknięcia, najczęściej łuków podniebiennych. Tak więc przekonał się autor o genezie uszkodzeń gardła: tylne powstają przez przebicie ściany tylnej gardła ciałem obcem wprowadzonem w zamiarze uduszenia dziecięcia n. p. palcem, boczne zaś przez mocne naciągnięcie cieśni gardła ciałem tępem. Rozległość i głębokość tych uszkodzeń zależą od siły, z jaką narzędzie do gardła wprowadzono. Uszkodzenia te noszą najczęściej ślady odczynu, stanowiącego dowód powstania ich za życia oseska. Najczęściej, jak o tem przekonano się w wielu przypadkach, użyły dzieciobójczynie własnych palców do wywołania tych obrażeń, rzadziej ciał obcych, jak zwitków szmat, lub papieru ręką wepchanych. Często już zewnętrznie ślady piany krwawej w otworach nosowych i ustnym, obecność krwi w tchawicy *in situ* rozciętej, nakazywały podejrzywać podobne uszkodzenia. Również na twarzy i szyi można znaleźć w tych przypadkach otarcia i zdrapania dowodzące, iż ręka sprawcy starała się główkę dziecka podczas morderczego zabiegu przytrzymać i ustalić.

Uszkodzeniom tym mogą towarzyszyć jeszcze inne i to poważne, n. p. strzaskanie kości czaszkowych. W takich przypadkach najpodobniejszem do prawdy wydaje się przypuszczenie, iż dziecku najpierw zadano obrażenia kości czaszkowych, a ponieważ dzieci uszkodzenia te przez pewien czas znoszą i nie zaraz umierają, przeto uduszono je wprowadzeniem ciała obcego do gardła.

Wobec opisanych uszkodzeń gardła nie omyli się znawca, jeźli, gdy zwłoki były świeże, uszkodzenia miały cechy uszkodzeń powstałych za życia i istniały znamiona uduszenia, orzeknie, iż dziecię uduszono przez wprowadzenie do gardła ciała obcego. Jeźli ślady obrażeń są mało wybitne, lub zwłoki nieświeże, można podać orzeczenie powyższe tylko z pewnem prawdopodobieństwem; zwłoki dzieci ulegają bowiem łatwiej, niż inne uszkodzeniom pośmiertnym, zwłaszcza jeźli je znaleziono w kanale, n. p. wskutek ogryzania ich przez szczury.

Podobne uszkodzenia mogą także powstać przy nieumiejętnem dawaniu pomocy dziecku, rodzącemu się w omdleniu, jak n. p. przez wprowadzenie kateteru celem wydobycia wetchniętych wód płodowych, lub przez nieumiejętne użycie zabiegu Mauriceau (Smelliego-Veita). Ten ostatni przypadek zajść może, jeźli tego zabiegu użyje nieumiejętna ręka n. p. położnej; uszkodzenia jednak będą w tych razach najczęściej albo na błonie śluzowej policzka lub między żuchwą a językiem, wyjątkowo chyba na łukach podniebiennych lub na ścianach gardła. Wreszcie mogłaby obwiniona matka tłómaczyć się, iż uszkodzenia wyżej opisane mogły powstać w chwili, gdy ona porodem nagle zaskoczona, sama pomocy sobie udzieliła i płód wyciągała.

W obec spostrzeżeń Braxtona-Hicksa i Rosińskiego, że kobiety tajemnie rodzące używają często bardzo surowych sposobów dla własnej pomocy, nie można zaprzeczyć tłómaczeniu się n. p. matki, iż uszkodzenia wykazane w gardle zwłok noworodka nie pochodzą od pociągania płodu palcami jej do jamy ustnej jego wprowadzonemi, zwłaszcza gdy Braxton Hicks w przypadku złamania żuchwy u noworodka po jednej stronie a przedarcia części miękkich po drugiej wydał podobne orzeczenie. W każdym jednak razie musi uderzyć podobne tłómaczenie się obwinionej, zwłaszcza, iż o wiele dostępniejszemi są inne okolice ciała do pociągania za nie płodu, niż jama ustna. Wreszcie w przypadkach uszkodzeń tylnej ściany gardła wydają się podobne tłómaczenia obwinionej mało prawdopodobnemi.

W końcu zestawia autor statystykę przypadków dzieciobójstw sekcyonowanych w zakładzie wiedeńskim w ostatnich 17 latach. (*Osobne odbicie z Wr. klin. Wochenschr. Nr. 45, 46, 47, 1893.*) *Dr. Wachholz.*

Notatki terapeutyczne.

Przeciw dolegliwościom żołądkowym i innym zboczeniom w zakresie układu nerwowego u neurasteników zalecają Rumno i Braccini:

154) Rp. *Zinci phosphorati* 0·10
Zinci bromati 1·00
Chinini bromati 1·50
Exti nucis vomicae aquos. 0·15
Exti et pulv. liquiritiae
āā q. s.
M. exactissime.
F. l. a. pill. nro triginta.
S. Po trzy pigułki dziennie zażywać.
(*Semaine méd. 54. 1893*).

Do zażywania paraldehidu skutecznego, jak wiadomo, przeciw bezsenności u ludzi nadużywających napojów wyskokowych i wogóle nawiedzonych chorobami układu nerwowego nadaje się według Yvona przepis:

155) Rp. *Paraldehydi* 10·00
Alcoholi (90%) 48·00
Ttrae vanillae 2·00
Aquae destil. 30·00
Syrupi simplicis 60·00

Łyżka tego płynu, który ze względu na rozkład chemiczny należy przechowywać koniecznie w ciemności, zawiera gram paraldehidu. Dwa do trzech gramów na raz zażytych wystarcza u dorosłych zazwyczaj do skutku.

W formie czopków można przepisywać paraldehid:

156) Rp. *Paraldehydi* 1·00
Paraffini q. s.
ut f. suppositorium.

III. Wiadomości bieżące.

— *Od Redaktora:* Kończąc z numerem niniejszym pierwszy rok swej czynności redaktorskiej a zabierając się z woli Towarzystwa lekarskiego krakowskiego do pracy na rok następny, uważam za swój obowiązek podziękować wszystkim, którzy mię radą i czynem wspierali w trudnem zadaniu i prosić Ich zarazem, by i nadal nie odmawiali mi swej pomocy.

Prof. Dr. S. Domański.

— Dla uczczenia 70 rocznicy urodzin czcigodnego prof. Włodzimierza Brodowskiego w Warszawie wydało grono jego uczniów i asystentów książkę zbiorową pod tytułem: *Przyczynki do anatomii patologicznej i medycyny klinicznej* (4-ka str. 218). Dzieło to, z którego wkrótce zdamy sprawę w niniejszem piśmie, ozdobione litografiami i chromolitografiami, zawiera prace E. Przewoskiego, Z. Dmochowskiego, T. Dunina, K. Chełchowskiego, F. Kijewskiego, A. Elsenberga, T. Heryngą, A. Rosentala, H. Rupperta, A. Ciąglińskiego, L. Kryńskiego, W. Janowskiego, S. Kleina i J. Luxenburga.

— *Société francaise d'otologie, de laryngologie et de rhinologie* mianowało prof. Jurasza w Heidelbergu i Dra Sędziaka w Warszawie swymi członkami korespondentami.

— Wydział krajowy przedłużył Drowi Tadeuszowi Mayzlowi, sekundaryuszowi I. klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, zajmowaną posadę na dalsze dwa lata.

— Warszawski zakład dentystyczny liczył w ubiegłym (1892/3) roku szkolnym na 4 półroczach razem 288 uczniów, między którymi 141 kobiet a zatem prawie połowę. Od 1. lipca 1892 r. do 30. maja 1893 r. leczono w nim 31490 osób, z których chloroformowano 203.

— Pewien lekarz wiedeński ogłasza, iż swą *nieomylną* metodą leczy błonicę i powołuje się w tej mierze na 104 wyleczonych przez siebie małych pacyentów!

— Wdowa po zmarłym dziekanie Wydziału lekarskiego w Montpellier (w południowej Francyi), Bouissonie, darowała temuż Wydziałowi swój zamek i grunt w wartości miliona franków a nadto gotówką 500000 franków w celu założenia na nim instytutu o przeznaczeniu naukowo-humanitarnem.

— W uniwersytecie juryewskim (dorpackim) będą odtąd mogli otrzymywać stopień doktora medycyny jedynie dyplomowani lekarze akademii wojenno-lekarskiej petersburskiej lub jednego z uniwersytetów Cesarstwa.

— W mieście Kanzas w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej zawiązało się Towarzystwo lekarskie ku ochronie własnych interesów. Towarzystwo to, do którego przystąpili prawie wszyscy lekarze miejscowi w liczbie trzystu, ułożyło listę dłużników z dwoma podziałami: w jednym mieszczą się ci, którzy honorarya lekarskie płacą po bardzo długim czasie, w drugim ci, którzy ich wcale nie płacą. Listę tę, co miesiąc ułożoną, sprawdzoną i wydrukowaną, otrzymują członkowie Towarzystwa, którzy zobowiązują się z wyjątkiem przypadków nagłych nie obejmować w leczenie nikogo z osób w niej umieszczonych, dopóki z góry nie złoży za każdą wizytę honoraryum.

— **Wspomnienie pośmiertne.** Dr. Fryderyk Braunstein, lekarz praktykujący w Krakowie, przez długie lata członek Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wychowaniec tutejszego uniwersytetu, zmarł po długiej chorobie licząc lat 75. Zmarły ukończył szkoły w mieście rodzinnem a wyszedłszy ze szkoły Brodowiczowskiej szybko ogarnął praktykę, w której był niezmordowany i do niedawna też, pomimo podeszłego wieku, pełnił swe obowiązki z niezwykłą gorliwością i wytrwałością i był prawdziwym dobroczyńcą biednej warstwy społeczeństwa, bo niestrudzony udzielał biednym bezinteresownie w każdej porze pomocy lekarskiej. Jako kolega skromny, cichy, szczery i uprzejmy, był ceniony w gronie kolegów a kto go znał bliżej, może poświadczyć o jego zacności i prostoduszności. Niechaj mu będzie ziemia lekką a pamięć jego nie tak prędko zaginie w sercach.

Dr. Junger.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 11. listopada b. r. przeżywszy lat 42, Dr. Józef Hollak, lekarz ziemski powiatu Dmitrewskiego w gubernii Kurskiej w Dmitrewie. W dniu 21. b. m. w Berlinie, przeżywszy lat 53, tajny radca lekarski, Dr. Samuel Guttmann, redaktor znakomicie redagowanej *Deutsche medicinische Wochenschrift*, z następstw influency. W Halli nad Salą Dr. Ludwik Krahmer, profesor farmakologii, najstarszy docent tamtejszego uniwersytetu.

Na przewiezienie zwłok i postawienie pomnika dla ś. p. Dra Wóycikowskiego złożyli w redakcyi *Przeglądu lekarskiego* w dalszym ciągu: grono właścicieli *Medycyny* w Warszawie 25 rubli i prof. Dr. S. Domański w Krakowie 2 złr.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Do nru niniejszego dołącza się spis rzeczy i tytuł Rocznika XXXII.

L. 1093.

KONKURS.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 1. grudnia b. r. L. 63,215/893 rozpisuje się konkurs na posadę **prosektora** przy krajowym szpitalu powszechnym we Lwowie, która to posada obsadzoną będzie prowizorycznie.

Do posady tej przywiązaną jest płaca o rocznych 1.200 złr. w. a. z prawem do 3 pięcioletnich dodatków po 200 złr. w. a.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

a) wiek, stan i miejsce urodzenia;

b) uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora wszech nauk lekarskich na jednej z wszechnic państwa austryackiego. Nadto wykazać należy specyalne studya w dziale patologicznej anatomii i naukowe prace w tym kierunku dokonane;

c) dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy do 15. stycznia 1894 r. włącznie na ręce Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego we Lwowie bezpośrednio, lub za pośrednictwem swej władzy przełożonej, jeżeli kandydat pozostaje w służbie publicznej.

Lwów, dnia 7. grudnia 1893 r.

Dyrektor krajowego szpitala powszechnego:

140—4—3 *Dr. Głowacki.*

OGŁOSZENIE KONKURSU.

W mieście Kańczuga jest do obsadzenia posada lekarza miejskiego z roczną płacą w kwocie 300 złr. w. a. i mieszkaniem.

Ubiegający się o tę posadę zechcą się do 1. stycznia 1894 r. u Zwierzchności gminnej pisemnie lub osobiście zgłosić. 142—2—2

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.